EXPOSÉ

DES

Titres et Travaux Scientifiques

DU

DOCTEUR YVES BOURDE

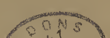




MARSEILLE
IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU "PETIT MARSEILLAIS"
15, Cours du Vieux-Port, 15

—

1933



A Monsieur le Professeur Ombrédanne
en très-respectueux hommage -

[illegible]

EXPOSÉ
des
TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES



EXPOSÉ

DES

Titres et Travaux Scientifiques

DU

DOCTEUR YVES BOURDE



MARSEILLE
IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU "PETIT MARSEILLAIS"
15, Cours du Vieux-Port, 15

—

1933

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine de la Faculté de Montpellier. (15 février 1922).

Chef de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Marseille. (Concours de juin 1923).

Professeur suppléant de Pathologie externe et de Clinique chirurgicale. (Concours subi devant la Faculté de Médecine de Montpellier. Juillet 1925).

Admis aux épreuves du 1er degré de l'Agrégation. (Session des 18 et 19 janvier 1927).

ENSEIGNEMENT

Assistant et suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine : du 1er novembre au 1er mai 1930.

Chargé du cours de Propédeutique chirurgicale.

Chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille, depuis le 1er mai 1930.

Chargé d'assurer le service de Clinique chirurgicale du 1er janvier au 1er novembre 1932. (Vacance de la chaire du Professeur SILHOL, décédé).

Chargé du cours d'Anatomie médico-chirurgicale et de Médecine opératoire, 1er novembre 1932.

TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux de Marseille. Concours mai 1920.

Interne des hôpitaux de Marseille. Concours juin 1920.

Chirurgien des hôpitaux de Marseille. Concours nov. 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre du *Comité Médical des Bouches-du-Rhône.*

Membre de la *Société de Médecine de Marseille.*

Membre de la *Société de Chirurgie de Marseille.*

Membre de la *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Marseille.*

Membre de l'*Association française de Chirurgie.*

Membre correspondant de la *Société Nationale de Chirurgie.*

COLLABORATION AUX REVUES SCIENTIFIQUES

Administrateur des *Archives de Médecine Générale et Coloniale.*

Membre du Comité directeur de la *Gazette Médicale du Sud-Est.*

TITRES MILITAIRES

Campagne 1914-1919 du 15 avril 1915 au 1er septembre 1919 (Médecin auxiliaire. Ambulance 3/44, HOE 18, 203e régiment d'infanterie et 131e régiment d'infanterie).

Médecin-lieutenant de réserve.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Décoré de la Croix de Guerre.

Officier d'Académie.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS

LISTE GÉNÉRALE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE CHIRURGICALE

1. — **Le choc traumatique.** *Gazette des Hôpitaux,* 1922, n°s 86 et 88.

2. — **La fièvre des opérés.** *Revue Médicale de France et des Colonies,* avril 1927.

3. — **Adénite des pays chauds.** *Société de Médecine et d'Hygiène Coloniales de Marseille,* 14 juin 1928, in *Marseille-Médical.*

4. — **Méthode de Whipple et chirurgie.** *Marseille-Médical,* 25 mars 1929.

5. — **Greffes d'Ollier-Thiersch pour vaste plaie de la cuisse.** (Présentation de malade). *Société de Chirurgie de Marseille,* 25 février 1929.

6. — **Greffes de peau subtotale pour perte de substance de la main.** (Présentation de malade). *Société de Chirurgie de Marseille,* 18 mars 1929.

ANESTHÉSIE

7. — **Remarquable résultat d'une injection rachidienne de caféine dans un cas de syncope rachianesthésique.** (Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives franco-belges,* mai 1924.

8. — **Un danger de la rachianesthésie dans l'hystérectomie totale.** *Gazette des Hôpitaux,* 1928 n° 4.

9. — **Une grave accusation contre la rachianesthésie.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 20 octobre 1930.

10. — **Accidents nerveux comparables succédant les uns à la rachianesthésie, les autres à l'anesthésie générale. Pathogénie de ces accidents** (en collaboration avec R. Gary). *Archives de Médecine générale et coloniale,* n° 7, octobre 1932.

CHIRURGIE DES MEMBRES

1° Traumatismes

11. — **Quelques réflexions sur la pneumo-séreuse articulaire du genou** (en collaboration avec Chauvin). *Revue Médicale de France et des Colonies,* septembre 1924.

12. — **Pneumo-séreuse du genou.** (En collaboration avec Chauvin). *Marseille-Médical,* 5 février 1924.

13. — **La pneumo-séreuse articulaire du genou dans le diagnostic des lésions méniscales** (en collaboration avec Chauvin). *Revue d'Orthopédie,* 1925, n° 2.

14. — **Fracture de la rotule. Mobilisation précoce.** (Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives franco-belges,* avril 1923.

15. — **Luxation du cuboïde.** (En collaboration avec Loriot). *Ibidem,* juillet 1926.

16. — **Luxation récidivante de l'épaule.** *Ibidem,* 1926, n° 11.

17. — **Traitement de la luxation de l'épaule avec fracture de l'humérus.** *Revue Médicale de France et des Colonies,* juin 1926.

18. — **Dislocation of the shoulder with fracture of the humerus.** *Intern. Journal. of Med. and Surg.,* july 1928.

19. — **Fracture ancienne de l'humérus. Paralysie radiale. Neurolyse. Guérison.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 11 juin 1928.

20. — **Sur le traitement des fractures ouvertes de jambe.** *Société de Chirurgie,* 10 novembre 1930 ;

21. — Idem. *Revue Médicale de France et des Colonies,* juillet, août, septembre 1930.

22. — Idem. *Communication au 40e Congrès de Chirurgie,* octobre 1931.

23. — **Luxation récidivante de l'épaule. Butée ostéoplastique.** (En collaboration avec Juge). *Société de Chirurgie de Marseille,* 13 avril 1931.

24. — **Traitement des fractures de cuisse.** *Marseille-Médical,* 15 mars 1926.

25. — **Ostéosynthèse pour fracture de cuisse.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 2 novembre 1927.

26. — **Sur l'ostéosynthèse du fémur.** *Ibidem,* 16 janvier 1933. Bulletins, p. 49.

27. — **Traumatisme complexe du poignet.** (Rapport sur une observation de Caire). *Ibidem,* 6 juin 1932.

28. — **Les séquelles douloureuses des fractures articulaires.** *Provence Médicale,* 15 septembre 1932.

29. — **L'ostéoporose post-fracturaire.** *Gazette Médicale de France,* 1er octobre 1932.

30. — **Ostéosynthèses du coude par voie transolécranienne,** *Société de Chirurgie de Marseille,* 20 février 1933.

2° Affections diverses

31. — **Les paquets ganglionnaires de l'aine. Leur traitement chirurgical.** *Gazette des Hôpitaux,* 1924, n° 83.

32. — **Volumineux kyste hydatique de la face antérieure de la cuisse.** (En collaboration avec Silhol et Denizet). *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives Franco-Belges,* août 1923.

33. — **Sarcome de l'omoplate.** (En collaboration avec Chauvin). *Marseille-Médical,* 1923, n° 25.

34. — **Sarcome d'une phalange.** (En collaboration avec Zuccarelli). *Marseille-Médical,* 5 août 1924.

35. — **Les fausses tumeurs blanches.** *La Science Médicale Pratique,* 1930, n° 15.

36. — **Deux cas d'abcès osseux.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 2 juin 1930.

37. — **Ablation de tophi de volume insolite.** (Rapport de A. Basset). *Société Nationale de Chirurgie,* 9 novembre 1932.

38. — **Pied varus équin paralytique. Double arthrodèse et butée de Toupet.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 28 novembre 1932, *Bulletins,* p. 356.

TÊTE ET COU

39. — **Considérations sur quelques cas de traumatismes craniens sans fracture.** *Thèse de Montpellier,* 1922.

40. — **Le pronostic des traumatismes craniens graves sans fracture.** *Marseille-Médical,* 15 octobre 1922.

41. — **Les épanchements sanguins intracraniens d'origine traumatique sans fracture de crâne.** *Gazette des Hôpitaux,* 7 janvier 1922.

42. — **Traitement des traumatismes craniens fermés.** *Marseille-Médical,* 5 novembre 1925 ;

43. — Idem. *Revue Médicale de France et des Colonies,* octobre 1925.

44. — **Traumatisme cranien fermé. Trépanation. Guérison.** (En collaboration avec J. Sédan). Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives Franco-Belges,* février 1924.

45. — **Deux nouvelles observations d'hémorragie de la méningée moyenne sans fracture du crâne.** (Rapport de J. Silhol). *Ibidem,* 3 novembre 1924. *Archives Franco-Belges,* janvier 1925.

46. — **Fracture isolée du rocher avec contusion cérébrale par contre-coup.** *Ibidem,* juillet 1925.

47. — **Deux cas de contusion cérébrale.** (En collaboration avec Toinon). *Archives Franco-Belges,* avril 1925.

48. — **Traumatisme cranien. Abcès sus-dure-mérien. Trépanation. Guérison.** (Rapport sur une observation de Zuccarelli). *Société de Chirurgie,* 7 novembre 1927.

49. — **Apoplexie traumatique tardive. Trépanation. Guérison.** *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives Franco-Belges,* janvier 1927.

50. — **Dix-sept trépanations pour traumatismes craniens graves.** *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 12 mars 1928.

51. — **Fréquence et diagnostic des hémorragies intracraniennes traumatiques.** *La Science Médicale Pratique,* 15 janvier 1932.

52. — **Epithélioma du maxillaire inférieur.** *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* octobre 1927.

53. — **Diagnostic clinique des tumeurs malignes de la glande sous-maxillaire.** *La Science Médicale Pratique,* avril 1927.

RACHIS — THORAX

54. — **Un cas d'hématorachis total.** (En collaboration avec Artaud et Tristant). (Rapport de F. Piéri). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* mai 1924.

55. — **Tumeur de la queue de cheval. Opération. Guérison.** (En collaboration avec L. Laplane). *Archives Franco-Belges,* février 1926.

56. — **A propos des fractures des appendices costiformes.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 4 mars 1929.

57. — **Les fistules thoraciques.** *Gazette des Hôpitaux,* 23 décembre 1922.

58. — **Squirrhe pustuleux diffus.** (En collaboration avec Chauvin et Casabianca). *Marseille-Médical,* 1923, n° 25.

PAROIS ABDOMINALES

59. — **Cancer de l'ombilic coïncidant avec un cancer du sein.** (En collaboration avec E. Gamel). *Marseille-Médical,* 15 février 1922.

60. — **Hernie ombilicale étranglée chez un bébé d'un an.** *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives Franco-Belges,* juin 1925.

61. — **Deux cas de hernie ombilicale du nouveau-né.** a) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 7 avril 1930 ; b) *Pédiâtrie,* juin 1930.

62. — **Sur les plaies pénétrantes de l'abdomen en pratique civile.** *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 1930, n° 8.

63. — **Signification clinique de la sonorité préhépatique.** *Ibidem,* 1931, n° 3.

64. — **Pseudo-étranglement herniaire au cours d'un avortement tubaire.** (Rapport sur une observation de Luccioni). *Société de Chirurgie de Marseille,* 4 avril 1932, *Bulletins,* p. 122.

PÉRITOINE

65. — **Diagnostic des cœlialgies.** (En collaboration avec F. Aviérinos). *Progrès Médical,* 13 janvier 1923.

66. — **Les péritonites primitives.** *Marseille-Médical,* 5 juin 1928.

67. — **L'échinococcose péritonéale. Sa forme épiploïque.** *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 21 octobre 1929.

68. — **Interprétation des péritonites aiguës sans causes apparentes.** (En collaboration avec J. Silhol). *Gazette Médicale de France,* 1er octobre 1931.

69. — **Abcès sous-phrénique par perforation d'ulcère pyloro-duodénal.** *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* décembre 1927.

ESTOMAC

70. — **Ulcère gastrique perforé. Suture. Hémorragie foudroyante au cinquième jour.** (Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* avril 1924.

71. — **Polyadénome gastrique.** (En collaboration avec Chauvin). *Marseille-Médical,* 15 décembre 1923.

72. — **Gastropexie par le procédé de Perthes.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 20 janvier 1930.

73. — **A propos de treize cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés.** (Rapport de R. PROUST). *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de °Chirurgie,* 1931, n° 26.

INTESTIN

74. — **Un cas d'iléus biliaire.** (En collaboration avec CHAUVIN). *Marseille-Médical,* 5 novembre 1923.

75. — **Deux observations de chirurgie de la constipation.** (Rapport de J. SILHOL). *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives Franco-Belges,* janvier 1924.

76. — **Un cas de thrombophlébite mésentérique localisée.** (Rapport de J. SILHOL). *Ibidem,* novembre 1924.

77. — **A propos de trois cas d'iléus biliaire.** *Ibidem,* novembre 1925.

78. — **Diagnostic de l'iléus biliaire.** *Revue Médicale de France et des Colonies,* janvier 1926.

79. — **Appendicite postérieure.** *Marseille-Médical,* 5 décembre 1924.

80. — **L'intervention dans l'appendicite à chaud.** *Marseille-Médical,* 5 juillet 1926.

81. — **Volvulus iléo-pelvien. Extériorisation.** (En collaboration avec SALMON). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 19 décembre 1927.

82. — **Syndrome appendiculo-urinaire.** *Société de Chirurgie de Marseille, Bulletins* novembre 1927.

83. — **Occlusion haute du grêle.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 23 avril 1928.

84. — **L'occlusion par cancer du gros intestin.** *La Science Médicale Pratique,* 15 juin 1928, et *Société de Chirurgie de Marseille,* 10 décembre 1928.

85. — **Eclatement du grêle. Résection. Guérison.** *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 6 mai 1929.

86. — **Kyste hydatique de l'appendice.** *Gazette Médicale du Sud-Est,* 1930, n° 5.

87. — **Occlusion intestinale après intervention pour appendicite à chaud.** (Rapport sur une observation de Caire). *Société de Chirurgie de Marseille,* 4 mai 1931.

88. — **Volvulus du grêle sur bride péritonéale.** (Rapport de R. Grégoire). *Société Nationale de Chirurgie,* 8 juin 1932.

89. — **Thombose mésentérique d'origine artérielle avec hyperpéristaltisme intestinal.** (Rapport sur une observation de Caire). *Société de Chirurgie de Marseille,* 11 juillet 1932.

FOIE ET RATE

90. — **L'avenir du dératé.** (En collaboration avec J. Silhol). *Archives Franco-Belges,* août 1923.

91. — **Considération sur une splénectomie d'urgence.** *Ibidem,* novembre 1925.

92. — **Rate mobile chez une paludéenne. Splénectomie. Guérison.** *Société de Médecine et d'Hygiène Coloniales,* 10 février 1927.

93. — **Purpura hémorragique chronique. Splénectomie. Guérison.** (Rapport du professeur P. Duval). *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie,* 1927, p. 1066.

94. — **Sur le traitement chirurgical des cholécystites aiguës,** a) *Revue Médicale de France et Colonies,* 1931, n° 2; b) *Société de Chirurgie de Marseille,* 24 mars 1930.

95. — **Sarcome de la région pancréatique à symptomatologie biliaire aiguë.** (En collaboration avec Toinon). *Comité Médical,* 20 janvier 1928, in *Marseille-Médical,* février 1928.

96. — **Suites éloignées d'une splénectomie pour hémogénie.** *Communication au XLI° Congrès de Chirurgie,* 5 octobre 1932.

GYNÉCOLOGIE

97. — **Fibrome de l'ovaire et grossesse.** (En collaboration avec Gamel). *Marseille-Médical,* 1er février 1922.

98. — **Fibrome sphacélé simulant un cancer de l'utérus.** (En collaboration avec J. Silhol). *Marseille-Médical,* 15 septembre 1923.

99. — **Quelques aspects cliniques de la tuberculose annexielle.** *Monde-Médical,* 15 décembre 1925.

100. — **Rupture utérine spontanée chez une grande multipare.** (En collaboration avec Salen). *Comité Médical,* mai 1925.

101. — **Fistule entéro-cervicale consécutive à une hystérectomie subtotale.** *Société de Chirurgie de Marseille,* in *Archives Franco-Belges,* juillet 1925.

102. — **Les kystes de l'ovaire chez l'enfant.** *Marseille-Médical,* 1927, n° 2.

103. — **Pseudo-tumeurs des culs-de-sac latéraux après ablation des annexes.** (En collaboration avec J. Fiolle et Hayem). *Société Nationale de Chirurgie,* 26 juin 1929.

104. — **Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx.** (Rapport sur une observation de G. Sicard). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 1930, p. 45.

105. — **Inondation péritonéale d'origine ovarienne.** (Rapport sur une observation de Luccioni). *Société de Chirurgie de Marseille,* 27 juin 1932, p. 248.

106. — **Métrorragies hémogéniques et métrorragies par dysovarie.** *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Marseille,* 14 février 1933.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

107. — **Sur un cas de luxation traumatique du testicule.** (Rapport sur un travail de Salmon). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 9 novembre 1931.

108. — **Ectopie testiculaire de cure radicale difficile.** Ibidem. février 1932.

109. — **Les kystes wolffiens.** (En collaboration avec J. SILHOL). *Archives Franco-Belges,* mai 1924.

110. — **Contusion rénale.** (Rapport de R. PROUST). *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* 1931, n° 25.

DIVERS

111. — **Eloge funèbre du Professeur Jacques Silhol.** *Société de Chirurgie de Marseille,* 11 avril 1932.

112. — **Le Professeur J. Silhol. Sa vie. Sa personnalité.** *Marseille-Médical,* 1er novembre 1932.

TRAVAUX EN COURS

113. — **Un procédé de cure opératoire du varicocèle compliquant une hernie.**

114. — **Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la commotion cérébrale.** (En collaboration avec R. IMBERT).

115. — **Le sarcome de l'intestin grêle.** (A propos d'un opéré présenté à la *Société de Chirurgie de Marseille,* le 27 mars 1933).

116. — **Le cancer recto-sigmoïdien** (symptomatologie, opérabilité), à propos de neuf cas personnels.

ANALYSE

des

PRINCIPALES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE CHIRURGICALE

Méthode de Whipple et chirurgie. *Marseille-Médical,* 25 mars 1929, p. 457.

La méthode de Whipple est encore assez peu utilisée en France par les chirurgiens. Or, l'étude de cette méthode montre qu'elle peut être appliquée dans la préparation des malades à l'opération lorsqu'on dispose d'un certain délai : cancers digestifs, ulcères gastriques ou duodénaux, hémorroïdes, fibromes utérins, cancers de l'utérus. Elle est particulièrement indiquée avant la splénectomie dans certaines affections sanguines d'origine probablement splénique (ictère, hémolytique, hémogénie, syndrome de Banti).

Pour la période post-opératoire, on se trouvera bien de l'essayer chez tous les opérés qui ont saigné.

Enfin, diverses indications sont à envisager : plaies torpides, hémorragies de la ménopause, cancers inopérables, anémies par radiothérapie.

Les contre-indications sont peu nombreuses, mais chez les biliaires la méthode doit être utilisée avec circonspection.

Adénite des pays chauds. *Société de Médecine et d'Hygiène Coloniales de Marseille,* 1er juin 1932.

Relation d'un cas montrant que la classique « adénite des pays chauds » est souvent une simple lymphogranulomatose inguinale bénigne de Nicolas et Favre.

Greffes d'Ollier-Thiersch pour vaste plaie de la cuisse. *Société de Chirurgie de Marseille,* 25 février 1929.

Greffes de peau subtotale pour perte de substance de la main.
Ibidem, 18 mars 1929.

Présentations de malades opérés suivant cette méthode classique avec exposé de la tactique suivie, dans laquelle la numération pré-opératoire des germes microbiens de la surface de la plaie et les pansements tardifs et rares avec de la gaze grasse paraissent avoir eu une large part dans le succès obtenu.

ANESTHÉSIE

Remarquable résultat d'une injection rachidienne de caféine dans un cas de syncope rachianesthésique. (Rapport de J. SILHOL). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* mai 1924, p. 491.

A l'époque où cette observation a été publiée, nous hésitions un peu devant une méthode qui, depuis, a fait ses preuves, celle de l'injection intra-cardiaque d'adrénaline.

La rachianesthésie avait produit sur ce malade âgé, chez qui nous pratiquions une ostéosynthèse pour fracture sous-trochantérienne, un état progressif de mort apparente (apnée, arrêt des bruits du cœur). La respiration artificielle ne donnant aucun résultat, une nouvelle ponction lombaire permit d'injecter 0,25 de caféine dans les espaces sous-arachnoïdiens et, quelques minutes après, une respiration brusque se produisit, bientôt suivie du rétablissement progressif et complet de la respiration.

« Cette observation, concluait Silhol, est moins faite pour convertir les méfiants à la rachianesthésie que pour nous recommander impérativement l'injection de caféine intrarachidienne en cas d'apnée et servir d'exemple de persévérance thérapeutique en cas de syncope. »

Un danger de la rachianesthésie dans l'hystérectomie totale. *Gazette des Hôpitaux,* 14 janvier 1928.

La selle spontanée qu'on observe souvent pendant l'anesthésie rachidienne peut être d'un danger terrible dans l'hystérectomie abdominale totale. Exposé d'un cas où, au cours d'un Wertheim, des matières liquides vinrent inonder le petit bassin au moment de la section du vagin.

En conclusion ne jamais donner de lavement le matin de l'opération et, après toilette vulvo-vaginale, obturer l'entrée du vagin par quelques gazes stérilisées bien tassées.

Une grave accusation contre la rachianesthésie. *Société de Chirurgie de Marseille,* 20 octobre 1930.

« En ce qui concerne la R. A., disent Forgue et Basset, la jurisprudence n'est point établie et il faut nous garder de fournir à l'inculpation des arguments injustifiés. »

Discussion d'un cas de psychonévrose post-opératoire (cure radicale de hernie sous rachi-anesthésie) qui fut considérée par les experts comme entraînant une incapacité très élevée, mise au compte du mode d'anesthésie employé. La fréquence des séquelles éloignées de la rachianesthésie étant encore très discutée nous avons posé ce problème délicat à la *Société de Chirurgie de Marseille.* Un débat animé suivit cette communication et les conclusions touchant la culpabilité de l'anesthésie furent très fortement mises en doute par de nombreux orateurs.

Accidents nerveux comparables succédant les uns à la rachianesthésie, les autres à l'anesthésie générale. Pathogénie de ces accidents. (En collaboration avec R. Gary). *Archives de Médecine Générale et Coloniale,* n° 7, octobre 1932.

Les cas de paralysie après aneshésie générale sont en nombre infime si l'on tient compte de la diffusion de la méthode. Au contraire, les observations de troubles moteurs succédant à la rachianesthésie sont très nombreux. Cela tient peut-être en partie à l'état d'esprit du médecin : Si un malade, après anesthésie générale, fait des troubles moteurs, l'anesthésie ne sera incriminée qu'en dernier ressort après élimination de toute autre hypothèse ; au contraire, si ce même malade a été opéré sous rachi, celle-ci sera d'emblée tenue pour responsable.

C'est contre cette responsabilité *a priori* que nous nous élevons.

Dans ce travail, nous avons passé en revue les diverses pathogénies invoquées pour expliquer les paralysies post-opératoires, que celles-ci surviennent après rachi ou après anesthésie générale. Il nous semble que chaque théorie contient sa part de vérité : tantôt on pourra incriminer une compression directe (du nerf crural surtout, comme ceci paraît résulter de nos deux observations), tantôt l'intoxication par l'anesthésique (polynévrites toxiques).

Il faudra donc, en présence d'une paralysie post-anesthésique examiner les hypothèses suivantes :

1° *La paralysie n'est pas dûe à l'anesthésie :*

L'hystérie, les névroses traumatiques peuvent être invoquées dans de nombreuses observations. Mais ce sont là, des facteurs assez rares.

Le séjour prolongé au lit, une compression produite par la table d'opération, l'élongation d'un plexus sont plus souvent à incriminer .

D'autres fois, il faudra recourir à d'autres hypothèses : C'est ainsi que certaines pyélonéphrites ont pu produire des paralysies réflexes des membres inférieurs.

D'autres sont liées à des troubles vaso-moteurs (spasmes vasculaires, phlébites des veines du nerf crural, etc...) Enfin, il peut s'agir de névrite infectieuse à la suite d'une bronchopneumonie par exemple.

2° *La paralysie semble bien résulter de l'anesthésie :*

A. — Rachianesthésie :

Les théories peuvent se diviser en deux groupes selon qu'elles s'appuient sur des données mécaniques ou chimiques.

a) Théories mécaniques : Piqûre d'un nerf de la queue de cheval ; hyperpression rachidienne qui suit l'injection d'une masse liquide trop considérable ; décompression brutale produite par la ponction lombaire au cas où l'on a retiré un excès de liquide céphalo-rachidien.

b) Théories chimiques : Les paralysies sont peut-être dues à l'imprégnation toxique de la moelle et de ses racines. Cette imprégnation en se prolongeant peut provoquer la

dégénérescence des éléments nerveux : myélites cocaïniques, stovaïniques, radiculites, etc...

B. — Anesthésie générale :

Ici les théories sont rares :

1° Paralysies par hémorragie cérébrale, l'anesthésie congestionnant l'encéphale et déchaînant l'attaque chez des individus prédisposés. On observe alors une hémiplégie qu'il sera relativement facile de ramener à sa véritable cause.

2° Paralysies liées à une polynévrite d'ordre toxique. L'expérimentation montre que l'éther ou le chloroforme produisent sur le système nerveux des phénomènes de dispersion. Cette action destructive prédomine tantôt sur le cylindraxe (chloro), tantôt sur la myéline (éther).

Ramond et Cottenot, L. Cornil ont publié des cas de polynévrite post-chloroformique typiques.

Conclusions :

Les paralysies post-opératoires survenant après anesthésie générale sont-elles aussi fréquentes que celles que l'on observe après rachianesthésie ?

Théoriquement, il semble qu'il ne doive pas en être ainsi. En effet, la rachi peut engendrer des troubles nerveux par des mécanismes qui lui sont bien particuliers et de plus, l'imprégnation toxique est plus localisée que dans l'anesthésie générale. Toutefois, il ne faut pas oublier que la narcose est susceptible elle aussi d'être suivie de troubles paralytiques et, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre mode d'anesthésie, il existe certaines paralysies manifestement sans relation avec celle-ci.

Il faut donc conclure toujours avec circonspection quand il s'agit de rechercher la cause d'une paralysie post-opératoire et ne pas incriminer systématiquement l'anesthésie rachidienne sans débat.

CHIRURGIE DES MEMBRES

1° TRAUMATISMES

Quelques réflexions sur la pneumo-séreuse articulaire du genou. (En collaboration avec Chauvin). *Revue Médicale de France et des Colonies,* septembre 1924.

Pneumo-séreuse du genou. (En collaboration avec Chauvin). *Marseille-Médical,* 5 février 1924.

La pneumo-séreuse articulaire du genou dans le diagnostic des lésions méniscales. (En collaboration avec Chauvin). *Revue d'Orthopédie,* 1925, n° 2.

Sur une radiographie prise dans les conditions habituelles, les fibro-cartilages ne sont pas visibles et leurs lésions, de ce fait, ne sont nullement appréciables.

Or, l'insufflation et la distension de la synoviale isolent les ligaments intra-articulaires dans un milieu de très grande perméabilité aux rayons X, en sorte que, malgré leur assez faible opacité, ils contrastent cependant avec la luminosité ambiante et, de plus, ils ne se confondent plus avec les surfaces articulaires dont ils demeurent séparés par une mince bande claire.

Malgré les travaux déjà anciens (Werndorf et Robinson, Hoffa, Quenu, Terracol et Colaneri) la méthode est restée frappée d'hostilité ou de mépris. Pourtant sa simplicité est très grande, son innocuité certaine, à condition qu'on prenne certaines précautions élémentaires (asepsie, s'assurer que la pointe de l'aiguille n'est pas dans une lumière vasculaire, etc...). Quant à sa valeur diagnostique, elle est appuyée par quelques documents que nous apportons dans ces travaux et

qui montrent avec précision l'arrachement ou la désinsertion méniscale.

Il s'agit donc là d'un mode d'investigation relativement simple appelé à donner des renseignements précieux dans toutes les lésions du genou dont le diagnostic difficile demeurait en suspens.

Luxation du cuboïde. (En collaboration avec Ch. Loriot). *Archives franco-belges de Chirurgie,* 1926, p. 655.

Ce cas paraît être le second publié en France, le premier ayant été observé par Larget et rapporté par Dujarier le 2 mai 1923, à la Société de Chirugie de Paris.

La richesse ligamentaire du cuboïde explique la rareté très grande de cette affection.

Des expériences cadavériques nous ont montré qu'elle ne peut se produire que si les ligaments cuboïdo-métatarsiens cèdent les premiers, en même temps qu'une violente contraction du long péronier latéral agissant par sa sangle sous-cuboïdienne amorce la bascule en haut et en arrière. L'attitude en equin forcé et irréductible s'explique par la mise en tension du grand ligament calcanéo-cuboïdien inférieur que rien ne saurait faire céder.

La symptomatologie est simple : saillie sur le dos du pied, à un travers de pouce en avant de la malléolle externe, equin irréductible.

La reposition sous anesthésie générale n'a présenté aucune difficulté. On exagéra l'abaissement de l'avant-pied et une pression directe sur l'os luxé lui fit réintégrer sa loge.

Luxation récidivante de l'épaule. *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* 1926, n° 11.

Luxation récidivante de l'épaule. Butée ostéoplastique. (En collaboration avec C. Juge). *Société de Chirurgie de Marseille,* 13 avril 1931.

Ces deux observations nous ont permis de faire des constatations anatomiques analogues : au devant du col de la cavité glénoïde, présence de la loge capsulo-périostée bien décrite par Broca et Hartmann.

Dans le premier cas, une première intervention faite par un autre chirurgien avait consisté en une capsulorraphie simple et la luxation avait récidivé plusieurs fois.

La fixation capsulo-glénoïdienne aux crins par la voie de L. Bazy a permis d'obtenir un résultat excellent suivi pendant plusieurs mois.

Dans le deuxième cas, nous avons complété cet effacement de la néarthrose par un allongement autoplastique de l'apophyse coracoïde à la façon de Oudard. Actuellement, avec la plupart des auteurs, c'est cet allongement que nous considérons comme le temps capital de l'intervention et il est probablement à lui seul nécessaire et suffisant.

Traitement de la luxation de l'épaule avec fracture de l'humérus. *Revue Médicale de France et des Colonies*, juin 1926.

Dislocation of the shoulder with fracture of the humerus. *Intern Journal of Medicine and Surgery*, july 1928.

Revues critiques des différentes méthodes classiques avec exposé du procédé employé dans plusieurs cas personnels.

Sur le traitement des fractures ouvertes de jambe. a) *Société de Chirurgie de Marseille*, 10 novembre 1930 ;
b) *Revue Médicale ,de France et des Colonies*, juillet août, septembre 1930 ;
c) *Communication au XI° Congrès de Chirurgie*, octobre 1931.

Les conclusions de ces trois publications sont tirées d'une petite statistique personnelle de 19 cas. En voici le résumé :

1° *Cas extrêmes :* Les grands broiements avec shock marqué nécessitent, après une période de courte durée (une ou deux heures) employée à remonter l'état général, l'amputation en section plane en laissant les parties molles ouvertes.

2° Les fractures avec plaie punctiforme sans délabrement des parties molles, sans infiltration des tissus par hématome.

avec trait de fracture simple peuvent être considérées comme une fracture non exposée et traitées comme telle.

3° *Cas moyens:* Dans les six premières heures, on peut considérer la fracture comme inoculée mais non encore infectée.

A. — Plaie minime, sans issue de fragment mais avec gros foyer contus. Il faut débrider largement, vider l'hématome, faire l'hémostase et pratiquer selon les cas soit la *reposition simple,* soit *l'ostéosynthèse* avec le matériel convenable. Suture complète. Une surveillance attentive est de rigueur.

B. — Plaie minime avec issue d'un fragment:

a) Si une ostéosynthèse à petit matériel suffit et si le foyer est bien asséché, fermer complètement.

b) Si un matériel important est nécessaire, si l'attrition a été plus considérable, on peut choisir entre:

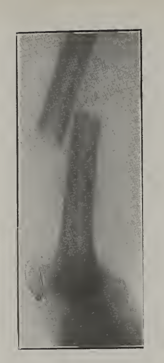
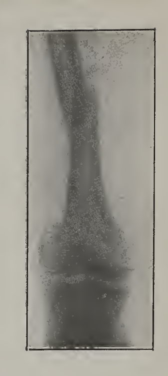
L'ostéosynthèse à ciel ouvert, ou une coaptation provisoire suivie six jours après, si l'évolution est satisfaisante, d'une ostéosynthèse retardée.

C. — Il existe une large plaie.

Ici qu'on ait simplement coapté ou qu'on mette une prothèse, il faut panser à plat et rejeter comme dangereuse toute suture.

Mais la *réduction exacte des fragments,* après nettoyage chirurgical très poussé de la plaie, nous paraît une condition indispensable à remplir dans tous les cas: une réduction imparfaite laisse subsister des clapiers très difficiles à désinfecter. Dès qu'on voit, après une réduction insuffisante les extrémités se déplacer, jouer l'une sur l'autre, on assiste en même temps à une recrudescence de la température et la partie est presque sûrement perdue.

Une notion importante nous serait donnée par le laboratoire s'il pouvait nous renseigner rapidement sur le degré d'infection de ces foyers, ce qui nous conduirait suivant les cas à la suture primitive ou au traitement à ciel ouvert, pis-aller indispensable dans les cas hautement septiques.



Ostéosynthèse de cuisse

(Cf. page 29)





Ostéosynthèse du coude par voie transolécranienne (Radiographies faites 9 ans après l'opération),
Résultat fonctionnel parfait

Société de chirurgie de Marseille 20 Février 1933

Traitement des fractures de cuisse. *Marseille-Médical,* 15 mars 1926.

Ostéosynthèse pour fracture de cuisse. *Société de Chirurgie de Marseille,* 2 novembre 1927.

Sur l'ostéosynthèse du fémur. *Ibidem,* 16 janvier 1933.

Les fractures de cuisse donnent de fréquents déboires au chirurgien. Les résultats parfaits tant du point de vue fonctionnel que du point de vue anatomique sont très rares. Heureusement, si le critérium d'une réduction parfaite n'est pas une coquetterie chirurgicale au poignet, à l'avant-bras, au cou-de-pied, il n'est pas indispensable à la cuisse et bon résultat fonctionnel ne signifie pas obligatoirement excellent résultat radiographique.

Le premier article montre toute la gamme des moyens thérapeutiques mis à notre disposition et tâche de peser les indications de l'ostéosynthèse et du traitement orthopédique, tout en reconnaissant que celui-ci sera suffisant dans l'immense majorité des cas. Nous concluions que l'ostéosynthèse a encore de nombreuses indications :

1° Dans certaines fractures ouvertes ;

2° Dans un grand nombre de fractures sous-trochantériennes ;

3° Dans quelques fractures de la partie moyenne lorsqu'on soupçonne une interposition musculaire et qu'on redoute la pseudarthrose.

4° Dans quelques supra-condyliennes très obliques.

Les deux communications suivantes ont trait à des blessés chez qui l'extension continue n'avait pas réduit un énorme déplacement et qui paraissaient voués à la pseudarthrose. L'ostéosynthèse donna un résultat excellent.

De ces deux observations nous pouvons conclure :

Que l'ostéosynthèse du fémur ne présente pas une gravité notable aux conditions suivantes :

a) Sujets non tarés et assez jeunes ;

b) N'opérer que 15 à 20 jours après l'accident ;

c) Sous rachianesthésie ;

d) Par la voie anatomique antéro-externe, qui est quasi exsangue et non délabrante ;

e) Se servir d'un matériel très robuste (plaques cerclées au ligateur de Lambotte) ;

f) Immobilisation immédiate dans un appareil plâtré et mobilisation 45 jours après.

Les séquelles douloureuses des fractures articulaires. *Provence-Médicale,* 15 septembre 1932.

L'ostéoporose post-fracturaire. *Gazette Médicale de France,* 1er octobre 1932.

Lorsqu'un fracturé continue à souffrir, on a trop tendance à chercher uniquement la raison de ses souffrances dans des désordres statiques dûs à la fracture. Or, celle-ci n'est qu'un élément au milieu du complexe anatomo-pathologique créé par le traumatisme et une fois la fracture consolidée si le blessé continue de souffrir il faut tâcher de démêler ce qui revient à celle-ci ou à autre chose.

L'ostéoporose sur laquelle Leriche a insisté semble souvent devoir être mise en cause. La véritable preuve de la réalité de cette pathogénie a été fournie par l'efficacité de l'opération sympathique que Heyman eut le premier l'idée d'essayer dans ces cas. Nous apportons dans ce travail deux nouveaux cas intéressants par le remarquable résultat donné par une sympathectomie péri-humérale dans l'un, péri-fémorale dans l'autre et où l'oscillométrie a traduit les heureuses transformations circulatoires dûes à l'opération.

2° AFFECTIONS DIVERSES

Les paquets ganglionnaires de l'aine. Leur traitement chirurgical. *Gazette des Hôpitaux,* 1924, n° 83.

Revue critique avec rappel de la technique opératoire posée par Gosset en 1910 dans le Journal de Chirurgie.

Deux cas d'abcès osseux. *Société de Chirurgie de Marseille,* 2 juin 1930.

Le diagnostic des abcès des os présente encore à l'heure actuelle quelques difficultés pendant la période de leur for-

mation et ceci malgré l'investigation radiographique. Le caractère de la douleur souvent nocturne, le plus souvent très violente, sujette à irradiations ; la présence fréquente d'une hyperostose en fuseau, douloureuse à la pression, l'hyperthermie modérée, le siège juxta-épiphysaire, constituent les principales caractéristiques de la symptomatologie.

L'étude radiographique montre la présence d'une cavité assez régulièrement arrondie ou ovoïde variant de la grosseur d'une petite à une grosse olive. Mais les radiographies devront être répétées à peu de distance, car les premières peuvent être complètement négatives comme dans un des deux cas que nous rapportons.

La première observation concerne un cas d'abcès de l'os survenant sur un tibia ayant été atteint d'ostéomyélite aiguë vingt-trois ans auparavant.

La deuxième observation est un cas d'abcès primitif de l'extrêmité inférieure du tibia survenu à la suite d'une chute et ayant été considéré pendant un mois et demi comme une entorse banale. La première radiographie avait été complètement négative, la deuxième faite un mois et demi après a montré une image caractéristique.

La trépanation suivie de curettage et de pansement à plat a amené la guérison dans les deux cas.

Les fausses tumeurs blanches. *La Science Médicale Pratique,* 1930, n° 15.

L'arthrite tuberculeuse peut être simulée par de nombreuses affections articulaires ou para-articulaires et les erreurs de diagnostic résultent de la facilité trop grande avec laquelle on pense à la tuberculose d'abord, parce qu'elle est de beaucoup la plus fréquente.

Il en résulte qu'on voit, sinon très fréquemment, du moins de temps à autre, des malades atteints d'une affection articulaire chronique sur laquelle a été apposée l'étiquette « tuberculose » et qui résignés à leur sort vont de la mer à la montagne et de plâtre en plâtre sans jamais guérir jusqu'à ce qu'un examen plus complet fasse découvrir l'erreur. Cet article passe donc en revue, à la lumière des données récentes, la

plupart des affections qui peuvent simuler une tumeur blanche en insistant notamment sur l'arthrite traumatique, l'arthrite blennorragique, les ostéomyélites chroniques et surtout la syphilis articulaire.

Pour éviter de semblables erreurs, il faut adopter une certaine mentalité défiante à l'égard de la tuberculose, y penser d'abord et toujours mais simultanément se demander s'il ne s'agit pas d'autre chose même dans les cas qui paraissent les plus typiques comme nous en citons quelques exemples.

Pied varus-équin paralytique. Double arthrodèse et butée de Toupet. *Société de Chirurgie de Marseille,* 28 novembre 1932, *Bulletins,* p. 356.

L'avantage de cette double opération sur la triple arthrodèse reçoit ici une démonstration intéressante. Cet opéré a conservé un peu de mobilité de sa tibio-tarsienne permettant au pied de se soulever sur la pointe pour faciliter au pied opposé le passage en avant. La technique suivie a été inspirée des règles posées par Ombrédanne dans la chirurgie des pieds bots paralytiques et le résultat tout-à-fait satisfaisant montre ce qu'on peut attendre de cette double opération.

Ablation de Tophi de volume insolite. (Rapport de A. Basset). *Société Nationale de Chirurgie,* 9 novembre 1932.

Il s'agissait d'un malade de 52 ans atteint depuis de nombreuses années de crises goutteuses articulaires accompagnées de la production de Tophi multiples de la dimension d'une noisette à une mandarine.

A la demande du malade, l'ablation des plus gênantes et des plus volumineuses de ces masses a été réalisée sous anesthésie générale. Voici les conclusions du rapporteur :

« L'observation du docteur Bourde est intéressante à plusieurs points de vue, d'abord et un peu accessoirement, si l'on peut dire, par le volume des Tophi, volume que Bourde avec raison qualifie d'insolite ; puis par les constatations radiographiques qu'elle comporte : existence en particulier sur certai-



Pied varuséquin paralytique

(Voir page 32)



Double arthrodèse et butée postérieure

nes phalanges, tantôt de taches claires, régulières et limitées, tantôt d'érosions, lésions d'arthrite déformante, allant jusqu'à l'ankylose, ostéophytes.

« Enfin, chirurgicalement, dans le cas de Yves Bourde, le succès des extirpations pratiquées à été complet ; il n'y a même pas eu après l'opération de réaction goutteuse importante, sous forme de crise violente, toujours à craindre en pareil cas.

« Certes, l'ablation chirurgicale des tophi est rarement indiquée, mais elle était réellement de mise chez ce malade. Il la réclamait d'ailleurs avec insistance. »

CRANE

TRAUMATISMES CRANIENS

Considérations sur quelques cas de traumatismes craniens sans fracture. *Thèse de Montpellier,* 1922.

1° Dans les traumatismes craniens sans fracture du crâne le diagnostic de l'existence d'un épanchement sanguin revêt souvent de grandes difficultés. Il faudra alors se fonder parfois sur un simple signe de présomption pour se décider à agir : aggravation progressive des symptômes, parésie ou paralysie même peu marquées, prolongation anormale de la durée du coma. S'il s'agit en effet de phénomènes d'ordre purement commotionnel, et si la commotion doit évoluer vers la guérison, il se produira dans les heures qui suivent, une sédation des symptômes. Sinon, la persistance de ceux-ci devra inviter le chirurgien à intervenir sans dépasser dans cette attente la quarante-huitième heure.

2° Mais il peut arriver que, malgré cela, la situation ne soit pas jugée, car l'hématome ne peut être toujours rendu responsable des phénomènes graves observés. En effet, dans les traumatismes craniens fermés, les lésions revêtent une gravité que le peu de dégâts apparents ne laisserait guère soupçonner. Les effets de la commotion s'y font particulièrement sentir parce que la force hydrodynamique que le traumatisme y développe ne trouve aucune issue à son expansion, d'où gravité particulière des lésions de contusion des éléments nerveux, même si ces lésions sont peu apparentes à l'œil nu.

La mort peut survenir même sans lésion macroscopique ; elle est alors le fait de dégâts plus physio-pathologiques que matériels.

3° En effet, dans tout traumatisme cranien, les grosses lésions rencontrées ne sont pas toujours en rapport avec la gravité des phénomènes observés. L'évolution, le pronostic, les résultats opératoires sont conditionnés par les lésions intimes des centres nerveux cérébro-bulbaires et l'action de la compression pour si importante qu'elle soit n'est que secondaire derrière les lésions primitives et immédiates de la commotion initiale dont l'expression la plus nette, quand elle n'échappe pas à nos procédés d'investigation, consiste en contusions microscopiques de la substance nerveuse.

4° Ces considérations n'infirment pas la valeur de la trépanation évacuatrice qui aide dans les cas favorables le cerveau et le bulbe à reprendre leur fonctionnement régulier que la présence de l'hématome entravait.

Le pronostic des traumatismes craniens graves sans fracture. *Marseille-Médical,* 15 octobre 1922.

Les épanchements sanguins intracraniens d'origine traumatique sans fracture du crâne. *Gazette des Hôpitaux,* 7 janvier 1922.

Traumatisme cranien fermé. Trépanation. Guérison. (En collaboration avec J. Sédan). Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* février 1924.

Deux nouvelles observations d'hémorragie de la méningée moyenne sans fracture du crâne. (Rapport de J. Silhol). *Ibidem,* janvier 1925.

Traitement des traumatismes craniens fermés.
a) *Marseille-Médical,* 5 novembre 1925;
b) *Revue Médicale de France et des Colonies,* octobre 1925.

Deux cas de contusion cérébrale. (En collaboration avec Toinon). *Archives Franco-Belges,* avril 1925.

Cette série d'articles ou de communications a pour but de rappeler les particularités cliniques et thérapeutiques propres aux contusions craniennes sans fracture.

Car on a trop tendance à s'hypnotiser sur le mot « fracture » et à voir en cela un fait toujours très grave. Or, la fracture du crâne n'est presque qu'un symptôme, contrairement à ce qui se passe pour les os des membres.

Avec Duret, nous considérons que l'occlusion hermétique du crâne favorise la production de la commotion et en aggrave les effets.

Les *hémorragies intra-craniennes* sont au moins aussi fréquentes dans les traumatismes sans fracture que dans ceux qui s'accompagnent de fracture. Nous en avons observé plusieurs cas.

Or, les signes différentiels de ces hémorragies et ceux de la commotion sont le plus souvent moins nets que la lecture des classiques ne le laisserait supposer.

Nous avons essayé de reprendre l'étude des indications thérapeutiques tirées de l'examen clinique de nos malades, en soulignant encore l'importance de l'*évolution* des phénomènes.

La décision opératoire a été tirée de l'étude :

Des phénomènes commotionnels ;

Des phénomènes localisateurs ;

Des résultats de la ponction lombaire ;

Du pouls et de la tension artérielle.

1° *Les phénomènes commotionnels :*

Ils étaient plus ou moins accentués, allant de la simple obnubilation cérébrale au coma le plus complet. Ce qu'il faut savoir, du reste, c'est qu'on ne peut fonder sur leur intensité des notions thérapeutiques précises, de graves lésions allant avec un coma peu prononcé, et inversement. C'est plutôt de leur *évolution* que de leur *intensité* que nous avons tiré nos indications.

a) *Le coma survient après une période de lucidité.* — C'est une indication *absolue* d'opérer. On peut poser en principe que :

Intervalle libre + coma = hémorragie intra cranienne. Cette proposition, du reste, présentera de nombreuses modalités. C'est ainsi que :

Il peut y avoir eu au début perte de connaissance (choc initial), puis période lucide, puis nouveau coma.

Ou bien le coma n'apparaît qu'après une période lucide, non précédée de choc ni de coma initial.

La longueur de l'intervalle libre est à considérer : les longs intervalles sont plutôt le fait des hémorragies sous-durales. De même, une évolution par étapes d'aggravations successives.

Il faut y joindre les résultats de la ponction lombaire. Si elle a toujours ramené du liquide clair, on peut affirmer l'hémorragie extra-durale (méningée moyenne).

Si elle a ramené du liquide teinté de rouge ou même simplement xanthochromique, on soupçonnera l'hématome sous-dural.

Peu importe, la trépanation évacuatrice s'impose.

b) *Le coma est survenu d'emblée.* — C'est dans ces cas que réside véritablement la difficulté. Le diagnostic et les indications thérapeutiques qui en découlent ne sont pas impossibles dans tous les cas, mais, qu'on arrive à un diagnostic précis ou qu'on hésite sur la valeur des symptômes observés, il nous a paru qu'on peut établir certaines règles propres aussi bien à éviter l'opération systématique et parfois inutile que la désastreuse abstention dans tous les cas :

Si le coma régresse nettement après quelques heures, il faut attendre, avec des moyens simples : une ponction lombaire, de la glace sur la tête... Il s'agit vraisemblablement de phénomènes commotionnels purs ou avec petites lésions.

Si le coma reste stationnaire ou *à fortiori* s'il s'aggrave, c'est qu'il existe des phénomènes surajoutés, et alors il faut agir plus activement en se guidant sur trois ordres de symptômes :

Les signes localisateurs ;

L'état de la pression intra-cranienne ;

Les modifications du pouls.

1° *Il n'y a pas de phénomènes localisateurs :* la résolution musculaire est complète et égale à elle-même partout.

a) Si la ponction lombaire montre de l'hypertension, de Martel conseille de pratiquer systématiquement la trépanation sous-temporale bilatérale de Cushing qui sera non seulement « primitive » mais surtout préventive.

Il nous a paru plus simple de commencer par la méthode des ponctions lombaires en série. Si le coma ne régresse pas, on passera à la trépanation décompressive sous-temporale.

b) La ponction lombaire a montré de l'hypotension : dans ce cas nous appliquons la méthode de Leriche des injections hypertonisantes (eau distillée intraveineuse, sérum hypertonique sous la peau).

2° *Il y a des phénomènes moteurs ou sensitifs parsemés* (paralysies, parésies, excitations fugaces, territoires d'anesthésie mal localisés, variables).

L'intervention immédiate a ses partisans. Mais alors, ou bien il faudra se borner à un Cushing sans même essayer de choisir un côté, ou bien on risquera fort de passer à côté de la lésion primordiale.

Il nous a paru qu'on ne peut que gagner en précision à attendre la fixation de quelques-uns de ces signes, ou tout au moins la prédominance, la fixité de l'un d'entre eux (comme une paralysie nette ou des phénomènes d'excitation bien localisés et répétés). On se guidera ensuite sur ce signe majeur pour opérer avec plus de chances de rencontrer la lésion principale.

De toutes façons, cette attente ne dépassera pas quelques heures d'observation très précise, près de la salle d'opération. En général, du reste, le pronostic de ces formes est très grave.

3° *Il y a des symptômes localisateurs.* Ils constituent le plus souvent une indication d'urgence à opérer.

Ils consistent en :

Phénomènes d'excitation localisée, atteignant un segment de membre, un côté de la face.

Paralysies à type central: du côté opposé à la lésion provocatrice.

Raideur musculaire (Ferry) localisée à un membre ou à un segment de membre, s'accompagne souvent du signe de Babinski.

Déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Ces phénomènes commandent le plus souvent l'intervention. Survenant au cours d'un coma progressif, ils sont une

indication impérieuse. Mais ce n'est pas toujours le cas : ils peuvent quelquefois survenir d'emblée puis régresser. On peut alors attendre, surtout si les phénomènes commotionnels s'atténuent parallèlement. Mais il faut, pour justifier l'abstention, une régression franche, continue, totale des deux phénomènes.

L'épilepsie traumatique. — Généralisée ou à type Bravais-Jackson, peut survenir dès les premières heures et n'a pas alors grande valeur indicatrice. Lorsqu'elle est plus tardive et apparaît dans les quelques jours qui suivent, elle est au contraire un symptôme formel.

Parmi les autres symptômes localisateurs, un des plus fidèles est la *dilatation pupillaire.* Qu'elle apparaisse du côté opposé à la compression (Griesinger) ou, ce qui est infiniment plus fréquent (Wiesmann) du côté comprimé, sa valeur nous a toujours paru très grande.

Les signes d'irritation méningée (Kernig, raideur de la nuque) joints à la vivacité des réflexes, au signe de Babinski, à l'hyperthermie indiquent souvent la présence d'un épanchement sanguin, sous-dural.

La ponction lombaire constitue un guide des plus précieux. On ne peut évidemment pas fonder sa conduite sur ce seul signe. Mais, joint aux autres, il permet d'arriver à une précision plus grande. La ponction lombaire doit être exécutée comme un acte réflexe en face de tout traumatisme cranien quel qu'il soit.

Elle révèle alors deux états :

Les modifications du liquide céphalo-rachidien ;

Les modifications de sa pression.

La ponction lombaire ramène un liquide clair.

Quatre hypothèses sont possibles :

1° Non communication des espaces cérébraux et spinaux. C'est là un cas rarissime. Il faut alors observer, pour se guider, les symptômes craniens.

2° Il s'agit de commotion pure sans lésions surajoutées. Et dans ce cas, la méthode des ponctions lombaires en série présente son maximum d'efficacité.

3° Il existe un hématome sous-dural cloisonné, d'où la possibilité pour le liquide de demeurer clair dans les espaces périmédullaires.

Ces cas sont embarrassants : il faut alors observer les signes localisateurs qui manquent rarement en pareil cas.

4 °Il existe un hématome extra-dural. On peut formuler ceci :

Liquide clair (avec ou sans coma) + paralysies = hématome sus-dural.

Il faut trépaner la fosse temporale au niveau de la méningée moyenne.

La ponction ramène un liquide teinté de sang. Il est alors bon de vérifier que le caractère hémorragique du liquide n'est pas dû à la blessure d'un vaisseau pariétal ou intrarachidien.

Lorsque cette cause d'erreur a été éliminée, il faut songer à trois origines possibles de ce sang :

Les os : une fracture ;

Les vaisseaux ; une hémorragie sous-durale ;

Le cerveau : un ou plusieurs foyers de contusion cérébrale.

La richesse en sang du liquide céphalo-rachidien a une grande valeur symptomatique et pronostique sur laquelle Tuffier et Millian ont appelé l'attention dès 1901.

1° *Le liquide est-il franchement sanglant,* ce qui semble confirmer le maintien de la perméabilité des espaces sous-arachnoïdiens encéphaliques et médullaires, sous une pression moyenne ou faible ? Il y a lieu de craindre de très graves lésions de contusion. Le pronostic est très grave. Nos préférences vont alors à la méthode héroïque, la trépanation.

2° *Le liquide est-il au contraire moins sanglant,* ou simplement teinté, avec une pression légèrement supérieure à la normale ? Les ponctions lombaires aidées si besoin de la trépanation permettent d'espérer un bon pronostic.

Enfin, *la ponction lombaire indique l'état de la pression,* et si l'on a affaire au syndrome d'hyper ou d'hypotension, bien décrit par Leriche.

L'étude du pouls et de la tension artérielle fournit des renseignements de premier ordre. Le ralentissement pro-

gressif du pouls, l'élévation progressive de la pression artérielle signifient augmentation de la compression cérébro-bulbaire. En même temps, on observe parfois de la respiration à type Cheyne-Stockes.

Conclusions :

Chaque fois que l'existence d'un épanchement sanguin sera certaine ou seulement soupçonnée, il est bien entendu que c'est à la trépanation que tout le monde aura recours.

Mais s'il semble s'agir d'hypertension intracranienne sans épanchement collecté, la discussion est ouverte entre partisans de la trépanation et de la ponction lombaire.

Des observations que nous avons pu faire il résulte que *l'absence de fracture ne doit pas être un argument contre la trépanation.* Ceci posé, nous ne pensons pas qu'il faille condamner les ponctions lombaires ni même les accuser de faire de l'œdème cérébral à elles toutes seules. Mais nous nous en défions beaucoup.

La trépanation nous paraît plus opérante, plus franche et nous la préférons dans la plupart des cas. Elle diminuera rapidement la tension intracranienne, supprimera l'intoxication hématique, permettra aux centres de retrouver leur équilibre, luttera contre l'œdème cérébral. C'est dire que cette trépanation dans les cas d'allure immédiatement grave, sera non seulement exploratrice, mais décompressive précoce.

Dix-sept trépanations pour traumatismes craniens graves. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 12 mars 1928.

Ici, il ne s'agit pas seulement de traumatismes du crâne sans fracture, mais de traumatismes divers (hormis les coups de feu).

a) Neuf cas concernent des commotions diffuses graves sans contusion en foyer. (Deux avec fracture, sept sans fracture). La craniotomie décompressive nous a donné quatre succès. Dans tous ces cas les ponctions lombaires avaient paru inopérantes.

b) Quatre cas de contusion méningo-cérébrale en foyer. Deux guérisons après détersion, épluchage et nettoyage du foyer contus.

c) Quatre hématomes collectés (dont trois sous un crâne non fracturé), trois succès de la trépanation évacuatrice.

En résumé il s'agit là d'un plaidoyer en faveur de la trépanation dans tout syndrome commotionnel grave, celle-ci ayant donné neuf guérisons dans ces dix-sept cas qui paraissaient tous voués à une mort rapide.

Fréquence et diagnostic des hémorragies intracraniennes traumatiques. *La Science Médicale Pratique,* 25 janvier 1932.

Pour justifier encore la trépanation dans les traumatismes craniens, nous avons recherché le nombre d'hématomes collectés que cette opération nous a permis de déceler. En effet, la fréquence des hémorragies intracraniennes a été quelquefois mise en doute dans ces dernières années. Des chirurgiens de valeur ont affirmé n'en avoir jamais rencontré au cours de leurs trépanations.

Cette affirmation peut rendre encore plus défiants à l'égard de la craniotomie ceux qui considèrent cette opération comme d'indication exceptionnelle.

C'est ainsi que Vulliet, étudiant la statistique de la clinique de Lausanne, conclut que la mortalité des traumatismes cranio-encéphaliques est due très rarement à une compression localisée par hématome accessible qu'il n'a rencontrée que deux fois à l'autopsie de dix-sept cas.

J. Patel et H. Desoille (*Presse Médicale* du 11 mars 1931) estiment également que « les hématomes circonscrits méconnus et de quelque importance paraissent beaucoup plus rares qu'on veut bien le dire classiquement ».

Nous avons cherché alors dans nos registres et voici ce que nous avons constaté, cette statistique comprenant tous les cas que nous avons suivis et opérés nous-même depuis 1924.

Nous avons fait, d'avril 1924 à décembre 1930, vingt-cinq trépanations pour traumatismes craniens graves (en dehors des coups de feu).

Au cours de ces trépanations, ont été rencontrés :

Cinq hématomes extra-duraux par hémorragie des vaisseaux méningés moyens (un autre cas n'a été trouvé qu'à l'autopsie) ;

Un hématome sous-dure-mérien collecté ;

Deux hémorragies pie-mériennes non collectées.

Sur les sept cas d'hématomes collectés, une seule fois il y avait une fissure osseuse. Les six autres hématomes siégeaient dans une boite crânienne intacte.

Ainsi donc, sur *vingt-cinq explorations,* nous avons rencontré *huit hémorragies* soit déjà collectées, soit en voie de production.

C'est là une fréquence non négligeable (32 %).

Les résultats opératoires ont été les suivants :

Cinq hématomes extra-duraux : trois guérisons de très bonne qualité, deux morts. L'un de ces décès s'est produit parce que nous avons été appelé à opérer trop tard. L'autre était un cas d'apparence simple. Nous avions évacué un énorme hématome, lié les deux branches de la méningée. Mais la dure-mère n'est pas revenue sur elle-même, et la mort s'est produite à la neuvième heure. L'autopsie a montré des lésions diffuses de micro-contusion surajoutée.

Quant à l'hématome sous-dure-mérien, il avait été opéré quelques heures après le traumatisme. Cette mort nous a surpris car il ne paraissait pas y avoir de lésions voisines ou distantes.

Enfin, deux fois, nous avons lié à la surface du cerveau une assez grosse artère donnant en jet. Ces deux cas ont guéri.

En conclusion : nous pensons que la trépanation est fréquemment indiquée dans les traumatismes cranio-encéphaliques car, en dehors de son action favorable sur l'état commotionnel grave, action qui n'est pas envisagée ici, elle permet de découvrir souvent soit un hématome déjà collecté (qui agit alors par compression), soit une hémorragie en cours, susceptible de tuer le blessé à la fois par compression et par l'effet bien connu actuellement de l'intoxication hématique.

Fracture isolée du rocher avec contusion cérébrale par contre-coup. *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* juillet 1925.

Compte rendu nécropsique d'une observation de cette rarissime lésion. Consécutive à un traumatisme de la bosse frontale, la fracture était isolée, parallèle à l'axe du rocher du même côté. La voûte était intacte.

Hématome intracranien traumatique. Apoplexie tardive. Guérison. (Rapport sur une observation de J. GIRAUD). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* janvier 1927, p. 83.

Le titre de cette communication est sujet à critique car l'intervalle lucide ne fut que de quelques heures. Le diagnostic fut facilement posé par Giraud avec l'aide de qui nous opérâmes ce blessé.

Nous avons rapporté en janvier 1929 un cas où l'intervalle libre dura onze jours et qui méritait mieux le terme d'apoplexie tardive. Il s'agissait d'un hématome extra-dural. Les cas accompagnés d'intervalle libre si longs concernent plutôt les épanchements intra-duraux ou intra-cérébraux.

Notre cas méritait donc d'être rapporté.

FACE ET COU

Epithélioma du maxillaire inférieur. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* octobre 1927.

Cancer avoisinant la symphyse mentonnière, ayant débuté au niveau de la canine inférieure gauche. Deux curetages permirent d'abord d'évider la cavité néoplasique et de faire une biopsie (épithélioma spino-cellulaire lobulé sans stroma-réaction accentuée). Une première application de radium intra-cavitaire n'amena qu'une courte sédation des douleurs. Une deuxième application plus prolongée (40 milligrammes de Ra Br pendant huit jours) sur mentonnière moulée externe amena la cicatrisation en un mois. Une esquille nécrosée a dû être enlevée par la bouche.

Depuis, la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour. La grosse perte de substance osseuse est comblée par un appareil prothétique que la malade supporte très bien.

C'est là un exemple des bienfaits de l'association radium-chirurgie; la chirurgie seule, soit économique, soit large, paraissant absolument insuffisante dans le traitement de cette localisation cancéreuse.

Diagnostic clinique des tumeurs malignes de la glande sous-maxillaire. *La Science Médicale Pratique,* avril 1927.

Cette revue générale a été écrite à propos d'un cas de tumeur mixte dégénérée présenté le 20 décembre 1926 à la Société de Chirurgie de Marseille, cas dans lequel la tumeur prédominante et qui attirait d'abord l'attention par son volume siégeait dans la région thyroïdienne.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur mixte tératoïde avec dégénérescence des éléments épithéliaux en épithélioma spino-cellulaire.

Il existe donc des cas où la tumeur mixte dégénérée de la glande sous-maxillaire peut d'emblée se présenter avec les caractères d'un cancer primitif de la glande, soit que la dégénérescence apparaisse sur une tumeur mixte petite et ignorée, soit que la tumeur mixte saute la phase bénigne et évolue immédiatement vers la malignité.

Après une étude des signes permettant de poser le diagnostic positif et le diagnostic différentiel de ces tumeurs, nous avons rappelé qu'on peut distinguer trois variétés anatomiques souvent difficiles à distinguer les unes des autres :

1° Le sarcome de la glande sous-maxillaire :

Tumeur très rare, se présentant sous l'aspect d'une masse mal limitée, fixe, adhérente aux plans superficiels et profonds, en particulier au maxillaire. L'absence de métastase ganglionnaire doit permettre de la différencier de l'épithélioma.

2° Le cancer primitif de la glande :

Rare également, atteint surtout les sujets aux environs de la cinquantaine. Il a un début insidieux, aucune tumeur ne préexistant dans la glande.

Il y a des adénopathies concomitantes dures, de volume parfois considérable.

3° Les tumeurs mixtes dégénérées :

Il s'agit de malades présentant depuis longtemps une tumeur ayant des caractères bénins, mais chez qui, un jour, la tumeur se met à augmenter rapidement de volume. Des douleurs parfois très vives apparaissent et la mobilité de la masse disparaît.

L'envahissement des ganglions, en même temps que l'éclosion de nodules aberrants, plus rarement la généralisation aux viscères, signent enfin la malignité.

A côté de cette forme habituelle, nous avons insisté en terminant, sur *l'évolution d'emblée maligne de certaines tumeurs mixtes* de la sous-maxillaire, et l'on sait que cette notion est actuellement confirmée par les travaux les plus récents.

RACHIS — THORAX

Un cas d'hématorachis total. (En collaboration avec Artaud et Tristant). (Rapport de F. Pieri). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* mai 1924.

Exposé de l'observation d'un blessé qui, à la suite d'une chute de la hauteur d'un siège de corbillard, présenta une quadriplégie progressive et une paralysie faciale d'apparition tardive.

L'autopsie montra que tout le canal rachidien était occupé par un abondant épanchement de sang à siège extra-dure-mérien.

L'hématorachis est une lésion rare. Il semble que la paralysie faciale tardive puisse s'expliquer par une compression du noyau du facial au niveau du bulbe.

En ce qui concerne la thérapeutique, M. Pieri donnerait la préférence aux ponctions lombaires répétées et M. Silhol à une laminectomie pratiquée au niveau correspondant à la compression la plus élevée.

Tumeur de la queue de cheval. Opération. Guérison. (En collaboration avec L. Laplane). *Archives Franco-Belges,* février 1926.

Neuro-gliome à symptomatologie pseudo-pottique, localisé grâce au radio-diagnostic par le lipiodol ascendant et descendant.

Opération. Résultat complet dès le lendemain de l'opération.

A propos de ce cas, rappel des signes propres à l'affection : syndrome algique survenant par crises avec douleurs bilatérales, contracture rachidienne, signe de la vertèbre

sensible. Signes fournis par la ponction lombaire (xanthochromie), arrêt du lipiodol avec forme spéciale de l'image à l'arrêt.

Rappel des principes opératoires posés par Robineau : repérage des vertèbres, position du sujet. Anesthésie. Lenteur voulue de l'intervention.

Les fistules thoraciques. *Gazette des Hôpitaux,* 23 décembre 1922.

Revue générale.

Squirrhe pustuleux diffus. (Présentation de malade au Comité Médical en collaboration avec Chauvin et Casabianca). *Marseille-Médical,* 1923, n° 25.

PAROIS ABDOMINALES

Deux cas de hernie ombilicale du nouveau-né. a) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 7 avril 1930 ;
b) *Pédiâtrie,* juin 1930.

Ces deux cas concernent des hernies dites de la période fœtale (après le troisième mois), hernies présentant un véritable sac formé par un diverticule péritonéal.

Au-dessous de la membrane mince qui le double à l'extérieur existe une cavité cœlomique libre.

Tous deux se seraient terminés par la mort après la chute du cordon, par sphacèle de la paroi du sac. Nous n'avons eu qu'un succès opératoire sur deux, le premier bébé étant d'une fragilité congénitale qui explique sa mort subite avec pâleur et hyperthermie.

Le second présentait dans son sac un gros diverticule de Meckel qui a été réséqué, et le reste du conduit allantoïdien, l'ouraque non oblitéré, qui a été lié. Réfection de la paroi. Guérison.

L'hémostase demande un soin méticuleux car on coupe les vaisseaux ombilicaux non encore oblitérés. La sangle d'adhésif recouvrant le pansement devra être maintenue longtemps, tant que la cicatrice paraît fragile.

Hernie ombilicale étranglée chez un bébé d'un an. *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* juin 1925.

Observation publiée à cause de la rareté de cette complication dans les hernies ombilicales du nourrisson. Il s'agissait d'un pincement latéral. Kélotomie. Enfouissement d'un point intestinal suspect. Réfection de la paroi. Guérison.

Sur les plaies pénétrantes de l'abdomen en pratique civile. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 1930, n° 8.

Ce travail ne concerne que les plaies par balles de revolver. Après quelques considérations sur le siège de l'orifice d'entrée (une fois à la partie supérieure de la cuisse, plusieurs fois au niveau de la base du thorax, une fois dans le troisième espace), description des lésions rencontrées.

Les plaies du foie (au nombre de quatre) étaient trois fois associées à une plaie du rein, du duodénum, de l'estomac.

Le signe de la contracture abdominale n'a jamais fait défaut, même si aucune cavité septique n'était ouverte.

A propos du traitement il faut noter trois splénectomies, deux sutures du foie, deux néphrectomies, trois résections intestinales larges. Dans des plaies intestinales multiples il vaut mieux faire une seule résection large que deux résections courtes.

Résultats opératoires : neuf guérisons, huit morts. Celles-ci sont dues plus à l'hémorragie qu'à l'infection (qui ne peut être incriminée que trois fois). Il est difficile d'abaisser le taux de la mortalité par infection, mais ce qu'on doit essayer d'améliorer c'est le pourcentage des décès par hémorragie. Or, aucune de ces lésions, n'était au-dessus des ressources actuelles de la chirurgie.

Il y a donc eu au moins quatre morts par une série d'insuffisances matérielles : trop grand délai entre la blessure et l'opération, insuffisance d'installation, difficultés pour réaliser les transfusions massives.

En conclusion, il faut souhaiter la réorganisation de nos services de chirurgie d'urgence.

Suivent dix-sept observations résumées.

Signification clinique de la sonorité pré-hépatique. *Ibidem,* 1931, n° 3.

Après bien des auteurs, Mondor, Soupault, etc., nous attachons une grande importance dans les péritonites aiguës aux modifications de la sonorité pré-hépatique. Il y a là un

signe précieux lorsqu'il existe et lorsqu'on sait bien l'interpréter.

La sonorité pré-hépatique tardive, peu intéressante, n'apporte aucun élément de plus au diagnostic. L'autre au contraire est précoce, apparaît dès le début du syndrome abdominal aigu, quand le ventre est encore plat, et que la distension paralytique des anses n'est même pas ébauchée. Elle ne peut être le fait, à ce moment-là, que d'un épanchement gazeux dans le péritoine, et ces gaz ne peuvent pas encore provenir d'une fermentation putride d'un épanchement liquide intra-péritonéal. Ils ne peuvent être sortis que d'un organe contenant des gaz à l'état normal : estomac, grêle ou côlon.

La sonorité pré-hépatique existe dans le plus grand nombre des cas d'ulcère perforé et si cette sonorité est constatée dès le début, aussitôt après la douleur en coup de poignard, nous croyons qu'il y a là un signe presque pathognomonique de perforation d'ulcus.

Il permet d'aller droit à l'estomac par une incision appropriée et d'éviter l'incision et les recherches inutiles et dangereuses dans la fosse iliaque droite.

Ce signe nous est apparu infiniment moins fréquent dans l'appendicite aiguë perforante. Par contre nous l'avons trouvé quatre fois sur cinq des derniers cas d'ulcère perforé.

En somme la sonorité pré-hépatique observée dès les premières heures dans les cas où l'on hésite entre appendicite aiguë et ulcus perforé doit nous faire pencher pour ce deuxième diagnostic et nous inciter à aller tout droit à l'étage supérieur de l'abdomen voir l'estomac et le duodénum. Bien entendu son absence ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'ulcère perforé.

PÉRITOINE

Diagnostic des cœlialgies. (En collaboration avec F. Aviérinos). *Progrès Médical,* 13 janvier 1923.

Il s'agit d'un ensemble de troubles sympathiques d'origine névropathique, névralgique ou névritique caractérisés par une série de signes abdominaux à la fois gastriques et intestinaux fort tenaces, provoqués par l'irritation anormale du plexus solaire. Les cœlialgies peuvent simuler la plupart des affections douloureuses de l'abdomen.

Il est des cœlialgies primitives ou autonomes, et des cœlialgies secondaires.

Les unes sont dues à des lésions du système sympathique telles qu'on les rencontre dans le tabès, la syphilis, la syringomyélie, les autres sont consécutives à des lésions vasculaires, des compressions par des tumeurs abdominales, ou des Maux de Pott. D'autres encore compliquent certaines lésions du tube digestif (ulcus, cancer, entérite de tout ordre).

Après le rapport des principaux signes de ces deux formes cliniques nous avons rappelé un moyen de diagnostic différentiel entre cœlialgies et affections organiques par un procédé clinique que l'un de nous a décrit dans sa thèse : c'est la dissociation élective des points douloureux abdominaux grâce à l'action de certains médicaments et agents physiques. Pour sélectionner ces points douloureux ont été employés les lavements à l'antipyrine, au laudanum, à l'extrait de belladone, accessoirement l'action du froid et de la chaleur.

Enfin un long chapitre de diagnostic étiologique rappelle les différentes causes qui peuvent présider à l'apparition des cœlialgies autonomes ou secondaires.

L'echinococcose péritonéale. Sa forme épiploïque. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 21 octobre 1929.

Exposé de deux observations de kystes hydatiques multiples du péritoine.

La première concerne des kystes d'apparence sous-péritonéale en quantité si importante que l'abdomen fut refermé sans aucune tentative thérapeutique.

Un traitement par radiothérapie pénétrante semble avoir amené, sinon la régression, du moins la stabilisation de ces kystes multiples.

La deuxième observation est celle d'une jeune malade en rétention d'urine, présentant dans l'abdomen une masse considérable multilobée, assez mobile. Le diagnostic de kystes hydatiques fut porté et l'intervention permit d'enlever une multitude de kystes englobés par l'épiploon comme des pommes dans un filet à provision. Un gros kyste pelvien fut ensuite difficilement extirpé et nécessita l'hystérectomie première. La malade guérit sans incident.

Les péritonites primitives. *Marseille-Médical*, 5 juin 1928.

Interprétation des péritonites aiguës sans causes apparentes. (En collaboration avec J. Silhol). *Gazette Médicale de France,* 1er octobre 1931.

Ces deux articles ont été écrits pour rappeler qu'à titre exceptionnel le chirurgien doit compter avec diverses péritonites aiguës primitives, à cause de trois faits nouveaux ou si l'on veut nouvellement rappelés à l'attention :

1° L'existence d'états péritonéaux, qu'on ne peut rapporter à la maladie préalable d'un organe intra-péritonéal.

2° La connaissance de cas assez nombreux dans lesquels l'appendice aurait été tout naturellement considéré comme l'origine de la péritonite si des examens histologiques n'établissaient que l'organe a été pris par sa face péritonéale.

3° La notion de l'activité extrême de l'épiploon-péritoine qui suppose une action physiologiquement importante, habituelle, et non pas une aptitude consacrée uniquement et,

somme toute, exceptionnellement à protéger l'organisme contre les accidents péritonéaux.

Sans vouloir diminuer en rien le rôle privilégié de l'appendicite aiguë il nous a paru d'après l'étude de l'appendicite de dehors en dedans que certaines péritonites aiguës ne relèvent pas de l'infection primitive de cet organe ou d'un autre.

Les péritonites à pneumocoques nous en apportent déjà un exemple mais il serait un peu étroit de penser que ce microbe puisse être le seul responsable et il est probable que d'autres microbes peuvent faire ce que fait celui-ci. Nous pensons alors que l'origine se trouve dans le milieu intestinal, résultant de la migration des micro-organismes sans perforation des parois intestinales.

Même en admettant que les parois constituent une barrière infranchissable à l'état normal, nous devons penser que bien souvent il existe des altérations légères et que l'ulcère et la perforation ne sont ni les seules ni les plus fréquentes des lésions intestinales capables de contaminer le péritoine.

La physionomie clinique est assez polymorphe : le début est souvent imprécis, et la période d'état ne survient que d'une façon tout à fait progressive ; le siège de la douleur est assez difficile à faire préciser ; l'aspect du ventre est un peu particulier : la rétraction du début n'est pas habituelle, ce n'est jamais la contracture invincible de l'appendicite aiguë, ou de l'ulcère perforé.

Les *constatations opératoires* ou *nécropsiques* sont intéressantes : l'épanchement péritonéal est souvent très abondant. Les viscères examinés sont infectés par leur face péritonéale (par exemple appendicite centripète) et l'examen bactériologique nous a montré tantôt le colibacille et tantôt le streptocoque. Mais c'est surtout au niveau de l'épiploon que l'on rencontre les lésions les plus étendues : lésions d'épiploïte diapédétique, inflammatoire, à tendance suppurative.

Les péritonites primitives chroniques :

Parmi les péritonites chroniques primitives, on connaît trop la péritonite tuberculeuse pour que nous y insistions beaucoup. Par contre, les *formes localisées* ont longuement retenu notre attention.

Avec notre Maître le Professeur Silhol, nous sommes revenus sur l'étude très intéressante de l'appendicite chronique de dehors en dedans et nous avons rappelé que le témoin de ces infections par l'espace péritonéal était souvent l'épiploon. On voit l'importance de cette notion nouvelle d'une infection d'origine péritonéale pouvant atteindre les viscères de dehors en dedans au bout d'un temps plus ou moins long. Dans ces cas, il sera bien difficile de savoir qui a commencé du péritoine ou de l'organe qu'il recouvre.

On observe souvent ainsi des péricholécystites, des périduodénites, des périgastrites, qui peuvent gêner plus ou moins le fonctionnement de ces organes.

Nous avons vu un cas de péripylorite chez une femme âgée, qui avait fait sa crise d'appendicite plusieurs années auparavant. L'idée de sténose cancéreuse venait à l'esprit. A l'opération, on se rendit compte que l'appendice était réduit à un petit tractus fibreux. Mais des nappes d'adhérences remontaient jusqu'au pylore qu'elles enserraient. La libération de ces adhérences en majeure partie épiploïques guérit la malade.

L'anatomie pathologique nous offre un argument décisif en nous montrant des lésions d'épiploïte à distance d'un foyer infectieux sans aucune adhérence.

Ces constatations déroutent un peu nos habituelles conceptions. Il faut pourtant admettre ce fait : il existe des péritonites localisées qui ne sont pas conditionnées par l'organe sous-jacent. Et ceci aura des conséquences opératoires importantes. Si nous franchissons un pas de plus, nous constaterons que bon nombre de péritonites chroniques périviscérales ont à leur base une *malformation péritonéale congénitale ;* telle est la péricolite membraneuse, certaines périviscérites sous-hépatiques, bon nombre de périsigmoïdites chroniques.

Dans ces cas, le rôle fixateur d'infection de la malformation congénitale est à retenir.

Au début, il ne s'agit que d'une particularité anatomique qui peut passer inaperçue toute la vie. Mais bientôt entrent en scène d'autres facteurs mécaniques, toxiques ou infectieux qui font de la malformation une maladie. Le simple voile

membraneux, la bride, sont devenus pérityphlite, périduodénite, etc...

Dans ces formes chroniques, il est difficile d'envisager un tableau clinique d'ensemble.

Dans les formes généralisées, c'est à la péritonite tuberculeuse qu'on songera tout d'abord, mais il ne faut pas oublier le rôle peut-être plus fréquent qu'on ne le croit de la syphilis. L'absence de signes pulmonaires, l'absence de placards endothéliaux et la lymphocytose abondante dans le liquide d'épanchement, les commémoratifs d'accidents spécifiques peuvent orienter vers ce diagnostic. Les réactions humorales, l'efficacité du traitement antisyphilitique fournissent la preuve de cette étiologie.

Parfois l'étiologie est moins nette, on parle alors de *péritonites alcooliques, de péritonites brightiques,* etc... Henoch a décrit une *péritonite primitive de l'enfance.*

Les formes localisées peuvent également relever du même processus ; il existe des périviscérites tuberculeuses évoluant de façon sournoise, parfois assez favorable.

Mais nous savons que d'autres infections sont capables de créer en certains points du ventre, des péritonites sans lésion originelle des organes sous-jacents.

Du point de vue clinique, rien ne distingue ces péritonites primitives de celles qui sont secondaires à une infection viscérale. Peut-être au début leur symptomatologie est-elle plus floue, plus imprécise que lorsqu'un organe est atteint d'emblée. Mais bientôt le retentissement de la péritonite sur le viscère donne au tableau clinique une symptomatologie d'emprunt qui occupera la scène. Une péricholécystite primitive ne se traduira au début que par de la gêne ou de la douleur localisée. Puis des signes nets apparaîtront par la suite, signes de sténose, de compression des voies d'excrétion biliaire. Bientôt plus rien ne distinguera une péricholécystite primitive d'une péricholécystite secondaire à une infection vésiculaire.

L'intérêt pratique de ces données ne peut encore être qu'entrevu : la suppression de l'organe qui pourrait sembler le primum moyens n'est pas toujours efficace. Il n'est pas toujours logique d'enlever un organe sous prétexte qu'une

infection s'est développée autour de lui. Ce qu'il faudra, c'est chercher une cause parfois assez éloignée. Ainsi des adhérences du carrefour sous-hépatique peuvent ne pas être consécutives à une lésion viscérale sous-jacente.

C'est bien une péritonite primitive de la région sous-hépatique. L'estomac, le pylore, la vésicule, les voies biliaires, le duodénum, l'angle droit, peuvent souffrir de cette péritonite, sans être coupables eux-mêmes. Quant à la porte d'entrée de l'infection, elle a pu exister autrefois, mais elle est, si nous osons dire, fermée. La péritonite continue à évoluer pour son propre compte, comme certaines épiploïtes.

En résumé : dans ce groupe confus des péritonites chroniques, il en est sans doute bien peu qui n'aient pas eu à un moment donné leur cause déterminante. Mais certaines d'entre elles, continuant à évoluer alors que toute lésion déterminante est éteinte, font figure de péritonite primitive. Notre action devra alors viser plus particulièrement le péritoine en agissant sur ses brides, ses déformations, ses anomalies et sur ses annexes dont la plus importante, le grand épiploon, joue dans sa pathologie un rôle que nous commençons à comprendre plus clairement à l'heure actuelle.

ESTOMAC

Polyadénome gastrique. (En collaboration avec Chauvin). *Marseille-Médical,* 15 décembre 1923.

Il s'agit d'un cas observé et opéré de tumeur bénigne de l'estomac ayant déterminé par hémorragies répétées une anémie considérable.

L'aspect clinique était celui d'un cancer, impression confirmée par la radiographie. La tumeur intra-gastrique avait la dimension d'une petite aubergine et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un polyadénome sans trace de dégénérescence maligne.

Il s'agit donc là d'une observation qui contredit l'idée classique suivant laquelle les polyadénomes polypeux ne dépassent pas le volume d'une noisette.

Gastropexie par le procédé de Perthes. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 20 janvier 1930.

Observation montrant l'excellent résultat qu'on peut obtenir dans la gastroptose avec allongement gastrique par l'opération de Perthes modifiée.

La technique a consisté en une suspension de l'estomac par le ligament rond qu'on a fixé non le long de la petite courbure mais en cravate sur la face antérieure de l'estomac. Le résultat radiographique et clinique a été tout de suite excellent et s'est maintenu jusqu'à ce jour. Il semble, dans cette observation, que cette excellence du résultat soit dûe en partie à ce fait que la technique employée ressemble à celle qu'a préconisée Lambret qui réalise la suspension non de la petite mais de la grande courbure par une bandelette aponévrotique prise sur le grand droit du côté gauche. Dans notre cas le ligament rond a été suffisant pour réaliser cette opération.

Ulcère gastrique perforé. Suture. Hémorragie foudroyante au cinquième jour. (Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* avril 1924.

Cette observation présente aujourd'hui un regain d'actualité : il s'agit, en effet, de l'observation d'un malade de 48 ans, mis en observation dans le service du professeur Silhol pour ulcère de la petite courbure et qui fit sa perforation pendant qu'il était hospitalisé.

L'intervention immédiate consista en une suture avec enfouissement de l'ulcère. La gastroentérostomie n'avait pas été pratiquée en raison de l'état précaire du malade et du non rétrécissement du pylore par notre suture.

Au cinquième jour, alors que le malade paraît aller tout à fait bien, il présente brusquement une hématémèse formidable, tombe, s'affaisse et meurt.

Dans son rapport le professeur Silhol pensait qu'il n'y avait pas lieu de partager les regrets de l'opérateur au sujet de la gastroentérostomie « parce que rien ne prouve qu'elle aurait empêché l'hémorragie foudroyante ».

La résection de l'ulcère y trouverait un argument théorique car, en pratique, avec une induration aussi étendue que celle constatée il se serait s'agit d'une de ces interventions larges qui ont peu de partisans actifs. En présence d'un cas dans lequel l'ablation de la lésion comporterait une intervention étendue et si on pense que l'hémorragie est plus particulièrement redoutable lorsque les parois sont cartonnées, la destruction du pourtour de la perforation au thermocautère paraît une bonne précaution.

A propos de treize cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés. (Rapport de R. Proust). *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale d e Chirurgie,* 1931, N° 26.

Il faut remarquer dans cette série opératoire les faits suivants :

Le diagnostic exact n'était porté sur le billet d'envoi à l'hôpital que dans un cas. Cette affection est encore peu connue des médecins ; par contre le redressement du dia-

gnostic a été souvent opéré par les internes de garde et dans douze cas nous avons pu nous porter d'emblée sur le gastroduodénum avec un diagnostic ferme. Ce diagnostic a été étayé par les signes classiques : douleur soudaine, contracture pariétale, sensibilité très vive au palper de l'épigastre qui n'ont jamais fait défaut. Le passé gastrique est beaucoup plus infidèle. La sonorité pré-hépatique a été retrouvée dans sept cas.

Ces incertitudes du diagnostic amènent les malades beaucoup trop tard au chirurgien et si on classe ces opérations en précoces (avant la huitième heure) et tardives, on constate que les opérations précoces, au nombre de sept, n'ont donné qu'une seule mort, tandis que les interventions tardives ont été suivies de trois morts sur six cas.

En ce qui concerne l'intervention tous ces cas ont été traités par le simple enfouissement de l'ulcère perforé auquel il a été adjoint six fois une gastroentérostomie de nécessité.

Un drainage sus-pubien par un gros drain a toujours donné dans les jours suivants des flots de liquide inondant le pansement et il semble bien qu'il y ait là une précaution qui n'est pas inutile pour simplifier les suites post-opératoires.

INTESTIN

I. — INTESTIN GRÊLE

Un cas d'iléus biliaire. (En collaboration avec Chauvin). *Marseille-Médical,* 5 novembre 1923.

A propos de trois cas d'iléus biliaire. *Société de Chirurgie*

Diagnostic de l'iléus biliaire. *Revue Médicale de France et des Colonies,* janvier 1926.

Ces trois observations concernent des malades femmes opérées toutes trop tard parce que le diagnostic n'avait pas été fait par les médecins traitants.

Dans le service où nous avons opéré ces malades, nous avons pu le soupçonner soit à cause de la présence d'une tumeur dure très mobile dans la région péri-ombilicale soit à cause de l'existence d'antécédents biliaires très nets. Cette constatation de la présence du calcul par la palpation à travers la paroi est un fait assez rare. D'après Schüller, ce signe n'aurait été rencontré que vingt fois sur cent cinquante observations.

L'iléus biliaire est une affection extrêmement grave et la seule chance à courir est l'intervention précoce comme dans toute occlusion, mais ici le diagnostic nous paraît devoir être fait plus précocement encore, à la phase pré-occlusive. Nous pensons qu'il serait utile de radiographier toute l'étendue du ventre des biliaires qui présentent une crise douloureuse grave suivie de petits signes dans le transit intestinal. Peut-être verrait-on dans certains cas un gros calcul de siège anormal et on n'attendrait pas pour aller le chercher la phase d'intoxication ultime de la malade.

Pour appuyer cette conclusion nous avons fait radiographier les calculs des observations II et III. Pour cela nous

les avons placés sur la peau du ventre d'une femme fortement adipeuse, l'un dans le quadrant supérieur gauche, l'autre dans le quadrant inférieur droit, dans les régions où précisément ils furent trouvés à l'opération. Sans indiquer à la manipulatrice le siège de ces calculs, nous l'avons priée de faire une radiographie de ce ventre, centrée sur l'ombilic. On peut constater sur la radiographie que ces deux calculs sont parfaitement visibles, le petit plus que le gros. (Son analyse chimique montre, en effet, qu'il est enrobé de sels calcaires). Si dans l'observation II où une première crise éclata six jours auparavant on avait fait faire une radiographie en temps voulu, il est probable qu'on n'aurait pas attendu six jours pour opérer cette femme.

On conçoit tout l'intérêt que présenterait cette révélation précoce de la complication biliaire : opération faite de bonne heure, — et même son intérêt à la phase d'occlusion confirmée : localisation précise du siège de l'occlusion, ce qui éviterait de désastreux brassages des anses et leur dévidement.

Daraignez, dans sa thèse, avait pressenti l'intérêt de ces épreuves et si tous ses clichés ont été négatifs, c'est que ses temps de pose (cinq secondes) nous paraissent un peu trop courts, et qu'il s'est servi de calculs trop petits. Ce que nous avons proposé là était encore théorique, et devait appeler de nouvelles recherches que nous nous proposons de poursuivre.

Occlusion haute de l'intestin grêle. *Société de Chirurgie de Marseille,* 23 avril 1928.

Cette observation est intéressante par les points suivants : le diagnostic exact d'occlusion haute de l'intestin grêle a pu être fait grâce aux constatations ci-après : début par un vomissement porracé, arrêt des matières et des gaz, et surtout, chose remarquable, anurie complète.

Il s'agissait d'une tuberculeuse et nous avions pensé à une occlusion par péritonite de même nature. En fait, il s'agissait d'une bride épiploïque reliquat de péritonite ancienne. L'anurie nous a paru être un signe d'occlusion haute, et il faut rappeler à ce sujet que pour certains auteurs la quantité

d'urines est d'autant moins grande que l'obstacle est plus haut situé (Hilton, Guinard). La véritable cause serait pour certains auteurs le rejet de liquide par des vomissements, mais chez notre malade les vomissements ont été très peu abondants puisqu'il n'y a eu qu'un seul vomissement à noter — nettement fécaloïde — survenu d'emblée et resté isolé.

Il faut donc chercher ailleurs la cause de cette anurie dans cette occlusion : diminution de la surface d'absorption de l'intestin (Barlow), désordres réflexes (Leichtenstern). Les recherches plus récentes du Professeur Gosset, publiées depuis l'époque où nous avons observé ce cas, sur le syndrome humoral de l'occlusion intestinale donneraient une explication beaucoup plus satisfaisante de ce symptôme.

Volvulus du grêle sur bride péritonéale. (Rapport de M. R. Grégoire). *Société Nationale de Chirurgie*, 8 juin 1932.

Ces trois cas sont tout à fait comparables entre eux : trois fois il existait au pied du mésentère de l'anse grêle volvulée une de ces brides signalées par le Professeur Grégoire.

Cette bride partait une fois du transverse et était de nature épiploïque, une fois de la paroi postérieure, une fois du cæcum. La bride coude l'intestin ou le mésentère, elle permet alors l'amorce puis la constitution du volvulus. Celui-ci une fois établi, la bride ficelle la racine du mésentère comme un lien sur les tiges d'un bouquet, et, s'incrustant dans ce mésentère œdémateux va fixer le volvulus et rendre la détorsion impossible tant qu'on ne l'aura pas sectionnée.

Dans deux cas la recherche de la bride et sa section première avant toute tentative de détorsion nous a permis d'obtenir celle-ci très facilement, dans un cas même d'une façon presque spontanée.

Un cas de thrombophlébite mésentérique localisée. (Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges*, novembre 1924.

Il s'agit de l'observation d'un malade de 60 ans qui a présenté la triade classique : douleurs abdominales violentes du début, diarrhée sanglante et occlusion consécutive. Ce ma-

lade était, au moment où nous l'avons vu, en occlusion confirmée mais le signe sur lequel nous avons tout particulièrement attiré l'attention était la présence d'une grosse tumeur de la fosse iliaque gauche, signe qui est rarement signalé par les observations. Ce qui fait l'intérêt de ce cas c'est l'examen histologique qui a montré qu'il s'agissait d'un infarctus de l'intestin par thrombophlébite adhésive étendue au mésentère. Les artérioles étaient, par contre, tout à fait indemnes de lésion.

La stase circulatoire a provoqué une hémorragie dans la paroi intestinale qu'elle a disséquée au niveau de la sous-muqueuse. Une micro-photographie montre que la muqueuse est rompue et que les bords de la plaie flottent librement dans la lumière intestinale où le sang s'engouffre par la brèche ainsi créée.

Thrombose mésentérique d'origine artérielle avec hyperpéristaltisme intestinal. (Rapport sur une observation de Caire). *Société de Chirurgie de Marseille,* 11 juillet 1932.

L'observation de Caire comporte une résection intestinale rapidement faite et qui, comme dans l'observation précédente, fut suivie d'une amélioration qui ne dura pas, des accidents réapparaissant deux jours après.

Voici les réflexions que nous avons développées dans notre rapport :

Il est avéré qu'une résection intestinale chez un malade en occlusion est toujours extrêmement périlleuse. D'autre part puisqu'on nous apprend qu'il existe des cas qui ont guéri par une simple laparotomie exploratrice, je crois que si j'étais appelé à nouveau à voir un de ces malades dont l'état ne supporterait que difficilement la résection (seule opération d'apparence logique, j'en conviens) je crois que j'essaierais la pratique suivante : après assèchement du péritoine (plein d'une sérosité sanglante peut-être très toxique) je ferais au-dessus de la lésion et très loin d'elle une minime entérostomie de décharge sur sonde enfouie à la Witzel, sonde qui sortirait par l'angle supérieur de la plaie.

Je refermerais partiellement celle-ci à ses deux extrémités et je laisserais l'intestin infarci au milieu d'un barrage

de compresses imbibées de sérum physiologique. Cette façon de faire serait très peu brillante, je n'y contredis pas. Mais peut-être pourrait-elle sauver des situations en apparence désespérées que la résection n'améliorerait pas.

Eclatement du grêle. Résection. Guérison. *Ibidem,* 6 mai 1929.

Observation curieuse par l'étiologie de l'éclatement intestinal : simple chute à plat ventre.

II. — APPENDICE

Occlusion intestinale après intervention pour appendice à chaud. (Rapport sur une observation de CAIRE). *Société de Chirurgie de Marseille,* 4 mai 1931.

Voici les conclusions de ce rapport :

Lorsque dans les suites opératoires d'une appendicectomie en crise apparaît le syndrome d'occlusion précoce, il faut savoir agir avant que la résistance du malade ait fléchi.

La première pensée du chirurgien doit être la recherche d'un abcès intrapéritonéal et son évacuation.

Si la situation ne s'améliore pas il faut d'abord regarder du côté de la plaie. La suppression ou le déplacement d'un drain peut être suffisant (Mondor). Si le cæcum est distendu même modérément ou si une anse dilatée se montre dans la plaie, c'est à leur fistulation par une simple pointe de thermo qu'il faut recourir.

Si le lendemain aucune débâcle n'est survenue, il faut alors se tenir prêt à la laparotomie médiane, mais, à condition que l'état du malade ne soit pas à bout, il faut la faire précéder d'une rachianesthésie. Caire aurait pu s'en tenir là puisque celle-ci a amené une débâcle par la fistule cæcale.

Si, au bout d'une demi-heure, la rachi n'a rien donné, la laparotomie médiane s'impose, soit pour lever l'obstacle (bride ou coudure) soit pour le contourner par une iléostomie à la manière de Guibal.

Bien entendu, la thérapeutique salée hypertonique, que Caire n'a pas manqué d'employer, doit être appliquée avec toute l'ampleur indispensable, son action antitoxique et péristaltique étant surprenante dans ces cas.

Kyste hydatique de l'appendice. *Gazette Médicale du Sud-Est,* 1930, n° 5.

Le kyste hydatique de l'appendice est d'une telle rareté que cette observation n'aurait que l'intérêt d'une curiosité si l'évolution que nous avons surprise dans notre cas ne permettait de soulever une hypothèse à propos de certaines échinococcoses péritonéales dont le point de départ n'est pas trouvé.

Dans leurs thèses sur les « Kystes et les diverticules de l'appendice », Kerambrun (Paris 1901-02) et Peltier (Paris 1923-24) ne signalent que trois cas connus de kyste hydatique de l'appendice (Elsworth et Bierhoff). Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis d'en trouver d'autres. En particulier Bérard et Vignard sont muets sur ce sujet, de même que tous les traités chirurgicaux classiques.

Notre observation nous a paru digne d'être publiée, non point tant à cause de sa rareté, que par ce qu'elle montre, grâce à l'évolution que nous avons pu saisir sur le vif, d'une perforation en train de se produire, une origine possible de l'échinococcose péritonéale secondaire dont on connaît bien la haute gravité, et qui serait dans ce cas l'équivalent de la « maladie gélatineuse du péritoine » causée par la perforation des kystes séreux.

Cliniquement il faut noter :

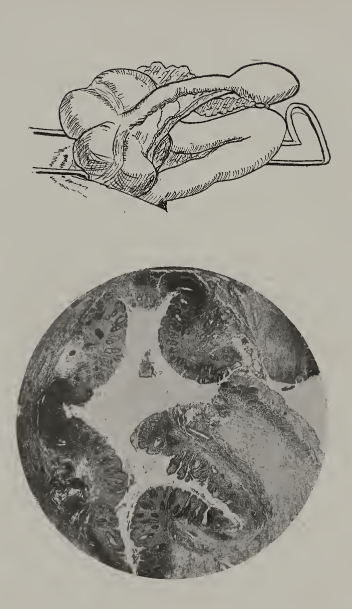
L'évolution par crises successives de douleurs abdominales, sans vomissements et avec peu de température ;

La perception dans la fosse iliaque d'une petite tumeur douloureuse dont il était bien difficile du reste de préciser la nature.

L'intervention à chaud dans l'appendicite. *Marseille-Médical,* 5 juillet 1926.

Communication faite au Comité Médical des Bouches-du-Rhône pour insister à nouveau, devant un auditoire médical, sur la nécessité de l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë.

Dans quelles conditions nous permettons-nous d'être temporisateur ? Il n'y en a qu'une ; la date très éloignée du



Kyste hydatyque de l'appendice

(Voir page 66)



Epithélioma du maxillaire inférieur traité par l'association radium-chirurgie,
Guérison maintenue depuis Juillet 1926

(Voir page 45)

début de la crise : septième ou huitième jour par exemple. Mais à condition :

Que l'état général soit excellent (teint clair, urines abondantes) ;

Que le pouls soit au-dessous de 90 ;

Que la température soit en décroissance nette ;

Qu'il y ait un plastron bien localisé de défense, le reste de l'abdomen étant souple — et que nous puissions surveiller le malade chaque jour.

Dans tous les autres cas il faut opérer quelle que soit l'heure. Du reste il est souvent impossible de connaître la date exacte du début. Les chiffres 36, 48 heures ne signifient rien, si on ne tient pas compte de la forme anatomo-clinique.

En particulier *le plastron,* s'il ne s'accompagne pas des signes rassurants ci-dessus énumérés, n'a aucune valeur comme argument en faveur de l'abstention. Cet argument a été souvent invoqué. Or, bien que sachant par avance que ce sont là des cas difficiles à opérer (décollement d'adhérences solides, d'anses agglutinées. . .), le plastron ne nous a souvent pas arrêté : il y avait avec lui des signes d'alarme qui commandaient l'opération.

Après quelques considérations sur le diagnostic nous avons exposé notre tactique opératoire.

L'anesthésie à l'éther nous paraît préférable comme dans tous les cas aigus et susceptibles de s'accompagner de shock opératoire.

L'incision est large. Nous nous servons le plus souvent de l'incision de Walther ; elle est peu hémorragique et donne le jour qu'on veut.

En cas de gros abcès collecté, la recherche de l'appendice peut être impossible. Nous drainons largement l'abcès, et nous enlevons l'organe malade dès que cela nous paraît possible.

S'il n'y a pas de volumineux abcès collecté, nous ne nous tenons pour satisfait que si nous avons enlevé l'appendice.

La protection soignée de la grande cavité, si le foyer est cloisonné, est facile à réaliser. D'autres fois l'appendice tuméfié flotte librement dans la grande cavité, celle-ci est remplie de liquide septique ou de pus. Dans l'un et l'autre cas, la

terreur d'inoculer cette grande cavité péritonéale semble un peu désuète aujourd'hui.

Nous croyons que les cas où les phénomènes de péritonite s'accentuent sont ceux où, après un long brassage, on n'a pas pu enlever l'appendice. Il faut bien avouer alors que l'on n'a pas fait œuvre très utile.

Le drainage :

A la suite d'opérations faites en pleine crise, avec ventre plein de pus, nous avons plusieurs fois refermé le péritoine complètement, et jusqu'ici nos malades ainsi traités ont guéri en dix jours.

Mais nous ne le faisons pas chaque fois : en effet, nous nous abstenons de drainer dans les cas suivants :

1° A condition que nous soyons certain que nous avons réséqué l'appendice en totalité ;

2° Les péritonites diffuses sans adhérences avec état général résistant ;

3° Les appendicites ne s'accompagnant que d'un petit abcès péri-appendiculaire que l'on peut assécher complètement.

Ces cas sont du reste très nombreux et guérissent en quelques jours sans suppuration. La formule d'Ombrédanne : « Fermer sans drainage toutes les appendicites à chaud, quelle que soit la forme anatomique, à la seule condition que l'appendice ait pu être enlevé » est très séduisante, mais le drainage à la Mikulicz conserve encore de nombreuses indications. Nous drainons une fois sur deux en moyenne.

III. — GROS INTESTIN

Deux observations de chirurgie de la constipation. (Rapport de J. Silhol). *Société de Chirurgie de Marseille. Archives Franco-Belges,* janvier 1924.

La première malade, ptosique, avec angle hépatique au niveau de la crête iliaque, a subi une colopexie de cet angle et du transverse à la face postérieure des droits après avivement du péritoine.

Le résultat anatomique et fonctionnel est excellent.

La seconde est atteinte de stase cæcale marquée avec phénomènes toxi-infectieux chroniques graves. Une colopexie ancienne n'ayant amené aucun résultat nous lui avons fait une cæco-sigmoïdostomie qui a amené en quelques semaines une transformation surprenante de l'état général.

Opération « anatomique » dans le premier cas, « physiologique » de drainage dans le deuxième.

L'une et l'autre sont satisfaisantes mais leurs indications ne sauraient être confondues.

La première s'adresse à la constipation mécanique ;

La seconde à la stase.

L'occlusion par cancer du gros intestin.

a) *La Science Médicale Pratique,* 15 janvier 1928 ;

b) *Société de Chirurgie de Marseille,* 10 décembre 1928.

« L'état d'occlusion aiguë, subaiguë et l'état d'obstruction commandent impérieusement une dérivation et même, le plus souvent, une dérivation exclusivement, c'est-à-dire qu'elle sera préalable à toute autre manœuvre et pratiquée à distance de la tumeur (Okinczyc). La dérivation à distance, préalable, n'est plus ici, un choix, mais une nécessité ». Et cet auteur conclut : « Nous sommes ici d'accord avec la majorité des chirurgiens pour préférer la dérivation préalable à distance, établie sur le cæcum, au moyen d'un anus cæcal ».

Or, si cette manière de faire présente des avantages elle n'en est pas moins passible de quelques reproches.

Elle a comme avantages d'être une méthode simple d'exécution facile, de parer au danger immédiat de l'occlusion et de permettre de sauver momentanément l'existence du patient. Mais il nous paraît qu'on peut souvent faire mieux en matière d'occlusion par cancer colique. Mis à part les cas d'occlusion par cancer du côlon droit (et ces cas sont moins fréquents que les autres) il nous paraît possible dans bien des cas, de guérir à la fois et dans le même temps, le malade de son occlusion et du cancer qui l'a déterminée. Cette conduite peut-être un peu audacieuse ne sera évidemment pas applicable à tous les cas, mais elle nous a donné des succès et le dogme de l'anus cæcal ne doit pas être, à notre avis, considéré comme intangible.

En effet, le traitement d'un cancer colique en dehors de la période occlusive comprend deux « méthodes » qui se partagent la faveur des chirurgiens et que l'on peut opposer l'une à l'autre. La première comporte d'emblée la résection intestinale du segment porteur de la tumeur. Mais comme la colectomie segmentaire, telle que la fit Reybard, présente des dangers considérables (désunion des sutures, péritonite, etc...) il est admis aujourd'hui qu'elle doit s'accompagner d'une *dérivation intestinale en amont,* cette dérivation étant en général un *anus cæcal.* D'autres, comme Schloffer, l'ont établie sur le transverse. Première opération bénigne (l'anus cæcal), mais deuxième incontestablement grave. Cette colectomie segmentaire, même faite sous la sauvegarde d'un anus à distance, donne encore de nombreux mécomptes. Malgré la soupape de sûreté formée par la dérivation préalable, malgré tous les soins apportés à la suture intestinale des deux bouts, elle est loin d'être bénigne.

A l'opposé de cette méthode sont les méthodes d'*extériorisation.* Quelle qu'en soit sa technique, l'extériorisation est une méthode d'entière sécurité. Il semble actuellement que, sauf pour les cancers du côlon droit, elle ait la faveur de la majorité des chirurgiens. Au congrès de 1922, elle était rejetée pour le « côlon moyen ».

« Nous pensons pouvoir affirmer que l'extériorisation sur le côlon transverse est particulièrement grave », disait Okinszyc. Mais, depuis, sous l'impulsion de Schwartz et Hartglass (*Journal de Chirurgie,* 1923), il a été fait appel de ce jugement.

Dans les cancers compliqués d'occlusion, voici la conduite que nous proposons, d'après six observations que nous avons rapportées en détails :

1° Malade ventre tendu.

Malgré quelques propositions et quelques réalisations hardies de colectomie totale, il faut se garder de faire une laparotomie, car il est possible que l'intestin éviscéré soit difficile à réduire, comme le remarque Pauchet.

« Le clinicien hésite alors entre l'anus cæcal et la laparotomie qui peut être simplement exploratrice, mais aussi immédiatement curatrice... Eh bien, chaque fois que l'auteur

hésite, il doit se contenter de faire une boutonnière dans la fosse iliaque droite, pour explorer le cæcum et suivant le cas créer un anus cæcal, si le cæcum est distendu, ou un anus iléal, voire une iléo-sigmoïdostomie au bouton, s'il s'agit d'un cancer du cæcum ou de la partie inférieure du côlon droit » (Pauchet).

C'est la conduite que nous appliquons en cas de ventre distendu et chez les sujets n'offrant plus aucune résistance. L'opération se fait alors à l'anesthésie locale, mais la plupart du temps, dans ces cas, la partie est perdue, quoiqu'on fasse. On a même parfois la surprise de voir un anus large ne donner presque rien. C'est la distension avec asystolie terminale ; le malade, pas plus que son intestin, n'est capable de reprendre le dessus.

2° Malade en occlusion, ventre souple :

Ici, nous pensons que la laparotomie faite sous rachianesthésie est la conduite idéale.

Autant que possible il faut faire le *diagnostic du siège de la sténose* qui permettra de se porter soit sur la ligne médiane, soit à droite, soit à gauche (laparotomies obliques ou transversales).

Le ventre une fois ouvert, deux éventualités sont possibles :

1° Il s'agit d'un cancer sur anse mobile ou très facilement mobilisable.

Que ce cancer siège à droite, au milieu ou à gauche, l'*extériorisation* avec résection en coin du méso suivie de la fermeture du péritoine, puis de la résection extemporanée du segment extériorisé nous paraît être la méthode de choix. On aura alors un anus en canon de fusil qu'on munira de deux tubes de Paul et dont on fera la cure radicale trois ou quatre mois après.

2° Il s'agit d'un cancer adhérent :

C'est le cas le plus fréquent sur le cæcum, l'angle droit et gauche, le descendant.

La *dérivation interne* (iléo-transversostomie, iléo-sigmoïdostomie) est très dangereuse sur un intestin distendu.

Malgré ses détestables inconvénients, l'*anus iléal,* nous paraît préférable en cas de cancer de la région cæcale. Mais

le cancer cæcal qui fait l'occlusion est, en général, un cancer contre lequel on ne peut plus rien.

Dans tous les autres cas, l'anus pourra être établi sur un segment du gros intestin (cæcum, transverse, côlon iliaque) et quelques semaines plus tard, on pourra essayer d'enlever la tumeur.

A ce moment-là, l'intestin a retrouvé son calibre normal, l'infection périnéoplasique a régressé, le cancer s'est mobilisé et dans les cas favorables, la colectomie segmentaire est possible.

Il nous paraît plus prudent de la faire suivant une technique voisine de celle qu'ont proposée Volkmann et Fiolle qui assure une soupape de sûreté *in situ*.

Notre statistique personnelle comprend un certain nombre de cas traités par l'anus cæcal. Dans un seul cas nous avons pu faire la résection segmentaire secondaire. Tous les autres, au nombre d'une dizaine, sont morts très rapidement, ou bien ont présenté à la laparotomie ultérieure des cancers adhérents et inextirpables. C'est dire que nous n'avons agi ainsi que dans les très mauvais cas.

L'extériorisation-résection a été appliquée aux malades encore résistants.

Elle est plus grave que l'anus cæcal, mais elle l'est moins que la colectomie segmentaire avec suture qu'il faudra faire après lui. Au total si l'on considère la guérison définitive du malade, on voit que le surcroît de danger qu'entraîne la laparotomie en occlusion est compensée par les avantages qu'elle présente.

En conclusion :

L'iléus par cancer du gros intestin peut et doit être diagnostiqué dans la majorité des cas avec assez de précision pour permettre une conduite thérapeutique bien réglée.

La *dérivation externe* par anus en amont sera de mise dans la majorité des cas, soit parce qu'il faut agir vite et simplement, soit parce qu'il s'agit d'une tumeur inextirpable.

Mais, dans les cas favorables (sujet encore résistant, tumeur mobile) et grâce aux précieux auxiliaires que sont la rachianesthésie et l'aspiration, une laparotomie bien conduite

permettra, par la méthode d'*extériorisation-résection,* de guérir le malade avec le maximum de sécurité globale, à la fois de son occlusion et de la tumeur qui l'a causée.

Volvulus iléo-pelvien. Extériorisation. (En collaboration avec SALMON). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* 12 décembre 1927.

Le diagnostic de volvulus du côlon pelvien a été posé nettement dans notre cas. Ce diagnostic est considéré comme difficile : ici le siège de la douleur, le ballonnement assez caractéristique ne permettaient pas d'hésiter. Les antécédents de constipation formaient un élément de plus.

L'intervention sous rachi a été des plus simples : 1° détorsion qui a vidé l'anse formidablement dilatée ; 2° pour éviter la récidive si fréquente nous avons ensuite *extériorisé* cette anse et la résection a été pratiquée cinq jours après. La cure de l'anus eût été facile, déjà les orifices intestinaux tendaient à rentrer et la malade avait eu une selle spontanée par l'anus normal.

Mais cinquante jours après elle a succombé à une crise d'urémie malgré un traitement médical intensif.

La détorsion suivie d'extériorisation nous paraît devoir être, par sa simplicité et sa sécurité, le traitement idéal du volvulus d'un méga-sigmoïde. Nous la préférons à la mésocolopexie de Roux ou à la résection à froid après détorsion simple, et surtout à la méthode de Madelung qui oblitère et abandonne le bout inférieur et abouche le supérieur à la peau, créant ainsi un anus iliaque définitif.

FOIE ET RATE

Sur le traitement chirurgical des cholécystites aiguës.
a) Revue Médicale de France et des Colonies, 1931, n° 2;
b) Société de Chirurgie de Marseille, 24 mars 1930.

Le traitement médical est souvent insuffisant à guérir la crise aiguë de cholécystite. Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour considérer que dans les cas d'infection grave, de cholécystite aiguë sévère, l'intervention chirurgicale est indiquée de façon précoce.

Choix de la méthode: l'ablation de la vésicule en pleine crise est souvent mise en parallèle avec la simple cholécystotosmie (qui paraît à certains plus bénigne et aussi efficace).

Mais avant d'en décider, il faut d'abord distinguer soigneusement la *forme anatomo-clinique* à laquelle on a à faire.

1° Il est des cas dans lesquels l'intervention diffère peu de l'opération faite à froid, les adhérences péri-vésiculaires étant lâches et molles.

2° D'autres fois, au contraire, un bloc de péri-cholécystite intense noie la vésicule.

Nous avons opéré sept cas de ces pancholécystites, concernant toutes des femmes de 35 à 65 ans et nous donnons dans ces articles le résumé des observations: il s'agissait de cas très graves, où l'indication de la cholécystectomie fut formelle à cause de:

L'échec absolu du traitement médical;

L'apparition de menaces de graves complications (sphacèle, péritonite...);

L'insuffisance certaine de la cholécystostomie à cause de l'altération profonde des parois de ces vésicules.

3° La cholécystectomie d'emblée est au contraire contre-indiquée dans les cas suivants : lorsqu'on a laissé se former un abcès sous-phrénique (c'est alors la simple incision de drainage qu'il convient de pratiquer) ;

Un état général profondément altéré, un ictère marqué, imposent alors la cholécystostomie simple (parfois par l'intermédiaire d'un gros drain si la vésicule ne vient pas facilement à la paroi).

Il faut donc savoir parfois se contenter d'un simple anus biliaire et c'est là affaire de tact et de sagesse chirurgicale.

4° Enfin, il y a lieu parfois d'associer l'ectomie et le drainage externe lorsque la pan-cholécystite aiguë est accompagnée de sub-ictère. Ce sont là du reste des cas très graves nécessitant la thérapeutique la plus active.

L'avenir du dératé. (En collaboration avec J. Silhol). *Archives Franco-Belges,* août 1923.

Considérations sur une splénectomie d'urgence. *Ibidem,* novembre 1925.

Les traumatismes de la rate occupent dans la chirurgie de guerre et même dans la chirurgie civile une place relativement importante, et les lésions de cet organe, par l'hémorragie interne qu'elles déterminent, demandent un traitement immédiat, décisif. C'est à la splénectomie qu'on a recours le plus souvent aujourd'hui.

Il est intéressant de savoir ce que deviennent à la longue les malades privés de ce viscère, à l'heure actuelle où, d'une part, les conseils de réforme ont souvent encore à statuer sur de nombreuses pensions de guerre (et le splénectomisé en mérite une), où, d'autre part, les traumatismes de la rue et les accidents du travail lésant cet organe peuvent quelquefois mettre le médecin dans l'obligation de formuler un avis sur les suites éloignées que comporte cette intervention.

Il s'agit ici des splénectomies pour lésions chirurgicales traumatiques ; nous avons laissé de côté l'étude de splénectomies pour affections médicales (maladie de Banti, ictère chronique splénomégalique, anémie pernicieuse...) qui portent

sur une rate primitivement altérée et qu'on pratique au même titre qu'une cure arsenicale ou qu'un traitement par les sels d'antimoine.

Causes ayant motivé la splénectomie :

a) Traumatismes : contusions, déchirures, plaies, kystes traumatiques.

b) Torsion du pédicule d'une rate mobile.

c) Hernie de ce viscère.

Nous avons ensuite rappelé quelles sont les *fonctions physiologiques* et *la valeur de la rate.*

1° Rôle dans la circulation abdominale : la rate peut être considérée au point de vue mécanique comme un diverticule pour la circulation porte.

2° Rôle hématopoïétique : la rate est un lieu d'élaboration des globules rouges ; cette propriété évidente chez l'embryon disparaît complètement chez l'adulte.

C'est dans la rate que le fer s'accumule ; elle apparaît surtout comme un organe de la maturation de l'hématie.

3° La rate est un lieu de destruction des hématies vieillies.

4° La rate produit des globules blancs.

5° Elle a un rôle anti-microbien et anti-toxique très important ; enfin, un rôle de nutrition générale : assimilation du fer, utilisation de l'arsenic, etc...

L'étude de ces fonctions après splénectomie montre que dans une première période post-opératoire qui dure plusieurs semaines le nombre des hématies est diminué ; dans une deuxième période ce nombre redevient normal, mais il y a une diminution importante de l'hémoglobine, la saignée est très mal supportée chez le dératé. Les globules blancs subissent d'abord une augmentation importante mais ce nombre est vite redescendu à la normale tandis que celui des globules rouges s'élève.

La résistance aux infections paraît diminuée pour certains auteurs alors qu'elle reste normale pour d'autres.

Quant à la nutrition générale, elle semble toujours plus ou moins troublée dans son fonctionnement.

Diminution de l'élimination biliaire, élimination exagérée du fer, hypercholesterinemie entraînent chez les dératés

quelques troubles dyspeptiques avec céphalées, faiblesse, etc. Mais l'étude des suites éloignées de cette opération nous a montré que, soit par suite de suppléance de la rate par d'autres organes, soit par un tout autre mécanisme ces troubles disparaissent peu à peu.

Dans la majorité des cas, le splénectomisé ne subit donc aucune dépréciation de la capacité de travail mais il sera prudent avant d'affirmer ceci de se livrer aux quelques examens suivants :

1° *Examen du sang.* — Au début il donne à peu près la silhouette d'une anémie aiguë. Mais de nombreux facteurs interviennent dans le sang des opérés (inanition, anesthésie). Plus tard il pourra montrer quelques légères modifications de la formule sanguine : légère hyperglobulie rouge, hyperglobulie blanche, créant un état de lymphatisme préjudiciable au blessé (L. Moreau, Bergeret).

La cholestérinémie devra être dosée.

On mesurera la résistance des globules rouges.

2° *Examen des fonctions digestives et, en particulier, hépatiques,* afin de déceler une diminution de l'élimination biliaire (recherche de l'insuffisance hépatique légère. matières plus ou moins blanchâtres témoignant d'une acholie pigmentaire avec insuffisance de sécrétion biliaire, recherche de la stercobiline, urobiline fécale, l'urobiline étant un dérivé de la bilirubine dans les matières fécales).

3° Enfin un dernier élément d'évaluation est *l'état de la paroi abdominale.*

L'incision médiane avec oblique complémentaire en suivant le rebord thoracique donne une excellente paroi. Malgré cela, surtout s'il s'agit d'individus adultes ou âgés, une telle brêche ne peut être indifférente. Nous savons que même avec des suites opératoires excellentes quelques adhérences peuvent survenir, qu'un bien petit reliquat opératoire peut provoquer longtemps après des phénomènes d'occlusion. Nous croyons donc que lorsque la question se pose au point de vue médico-légal il faut admettre le principe qu'un splénectomisé est diminué du fait de sa cicatrice abdominale et, d'autre part, l'innocuité de l'ablation de la rate à condition de supposer une suppléance bien établie par les autres organes.

Il y a lieu d'admettre une incapacité de plusieurs années (15 à 35 % d'après Ch. Remy) susceptible de révision si l'organisme s'est montré apte à se défendre contre l'infection et si l'ablation de la rate dont les relations sont si étroites avec le foie n'a apporté aucune trouble à cet organe.

Purpura hémorragique chronique. Splénectomie. Guérison. (Rapport du professeur Duval). *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie,* 1927, p. 1066.

Suites éloignées d'une splénectomie pour hémogénie. *Communication au XLIe Congrès de Chirurgie,* 5 octobre 1932.

Il s'agit d'un cas assez typique de purpura hémorragique chronique récidivant chez une malade de 22 ans.

Début à 4 ans. Hémorragies récidivantes, spontanées ou consécutives à des traumatismes minimes.

L'examen hématologique montre pourtant un nombre de plaquettes à 204.000. Toutes les thérapeutiques médicales ayant échoué, la splénectomie est pratiquée sans aucune complication hémorragique. Au cours de la convalescence opératoire, il y eut quelques épistaxis de moyenne intensité qui ne reparurent plus ensuite. Un an après, la malade put accoucher d'un enfant normal. Cette malade a été revue deux ans après pour de nouvelles métrorragies et elle s'inquiétait fort de la réapparition de ces incidents qui l'avaient harcelée pendant plus de 18 ans. Il s'agissait en réalité d'un avortement spontané et un simple curage digital suivi de la reprise du traitement spécifique arrêta ces pertes inquiétantes. Les plaquettes atteignaient à ce moment-là le nombre de 270.000, donc en forte augmentation sur le nombre avant splénectomie.

Nous sommes donc persuadé que l'ablation de la rate constitue dans l'hémogénie une thérapeutique très efficace, mais il faut savoir qu'à côté de résultats durables il en est d'autres moins stables et l'on peut voir reparaître des accidents hémorragiques plus ou moins inquiétants. Il faudra en pareil cas rechercher si d'autres causes telle que la spécificité n'interviennent pas dans la production de ces nouveaux accidents.

GYNÉCOLOGIE

Fibrome sphacélé simulant un cancer de l'utérus. (En collaboration avec J. Silhol). *Marseille-Médical,* 15 septembre 1923.

Exposé d'un cas montrant les difficultés de diagnostic que le sphacèle des fibromes intra-cavitaires peut créer.

Quelques aspects cliniques de la tuberculose annexielle. *Monde-Médical,* 15 décembre 1925.

La tuberculose annexielle présente un polymorphisme trompeur et à coté des *formes communes* il est des *formes réchauffées* dont l'allure clinique est des plus variables. Comme dans toutes les affections surajoutées à la tuberculose, l'allure de la maladie est particulièrement grave. L'examen clinique montre une altération spéciale de l'état général, une température capricieuse. Il faudra rechercher avec soin la présence d'autres localisations tuberculeuses, l'absence des causes ordinaires des salpingo-ovarites banales, etc... L'intervention est formellement indiquée dans la plupart des cas pour de nombreuses raisons : ces femmes sont déjà des insuffisantes ovariennes, très souvent la grossesse se développe chez elles anormalement sous forme de grossesse ectopique ; le traitement médical a peu d'influence sur ces lésions, mais surtout le traitement chirurgical nous paraît particulièrement indiqué parce qu'il s'agit très souvent d'une tuberculose isolée dans l'organisme au même titre que les lésions épididymaires chez l'homme.

Les kystes de l'ovaire chez l'enfant. *Marseille-Médical,* 1927, n° 2.

A propos d'un cas de kyste de l'ovaire compliqué que nous avons opéré chez une fillette de 20 mois, nous avons repris dans cet article l'étude des différents aspects de ces kystes chez l'enfant en insistant sur la difficulté du diagnostic. En effet :

1° Le kyste peut se manifester par une *tumeur* perceptible à la palpation et il faudra discuter les diagnostics classiques de tumeur du rein congénitale, tumeur du mésentère, kyste Wolfien, hématométrie, hydrosalpinx. Souvent la tumeur n'a pas été nettement délimitée et on se heurte alors à la difficulté du *diagnostic des gros ventres* chez l'enfant.

2° Dans une deuxième éventualité, le kyste ignoré s'est révélé par une *complication.* La plus fréquente est la *torsion du pédicule.* Chez l'enfant, cette complication doit être élevée à la valeur d'un symptôme. Il y a des torsions à allure grave avec phénomènes péritonéaux marqués et d'autres qui s'accompagnent à peine de quelques malaises ; ces crises peuvent se répéter, séparées par des intervalles de repos.

A propos du *traitement,* nous pensons que le pronostic opératoire est grandement influencé par l'âge et qu'il vaut mieux attendre que l'enfant ait dépassé trois ans. Nous avons signalé enfin une complication bien connue chez l'adulte et non étudiée chez l'enfant, c'est la *dilatation aiguë post-opératoire* que nous avons vu s'installer sous nos yeux le lendemain de l'opération. Les lavages d'estomac et la sonde rectale amenèrent une sédation rapide.

Pseudo-tumeurs des culs-de-sac latéraux après ablation des annexes. (En collaboration avec Fiolle et Hayem). *Société Nationale de Chirurgie,* 26 juin 1929.

Voici comment se présentent les tumeurs qui font l'objet de cette étude : une malade a subi la castration complète. Quelques semaines ou quelques mois plus tard, l'opérée recommence à souffrir et l'on découvre dans un des culs-de-sac une masse bien limitée, sensible, peu mobile.

On pense souvent à un corps étranger oublié lors de l'intervention, mais nos réinterventions nous ont montré qu'il existe des causes diverses : il peut s'agir de tumeurs d'origine épiploïque, mais le pseudo-kyste « autochtone » paraît être la tumeur la plus fréquente.

On peut expliquer la présence de ces tumeurs de façons diverses :

1° Œdème et organisation fibreuse ultérieure du tissu cellulaire ; on assiste alors à la régression naturelle vers la guérison ;

2° Formations kystiques ou pseudo-kystiques ;

Leur origine est variable : simples espaces morts dans les zônes celluleuses, débris d'organes revêtus d'un épithélium, vestiges Wolfiens ou des canaux de Rosenmüller, etc...

Le pronostic est, en principe, bénin, et il semble que certaines de ces tumeurs doivent être silencieuses, sans histoire clinique ;

3° Coincidence de manifestation successives de plusieurs lésions. Exemple : kyste du ligament large se développant après ablation des ovaires ;

4° Corps étranger enkysté : un fil peut suffire.

Les indications opératoires nous paraissent très restreintes et doivent être réservées aux tumeurs bien circonscrites assez volumineuses, provoquant des douleurs intenses et rebelles à tout traitement médical.

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx. (Rapport sur une observation de G. SICARD). *Société de Chirurgie de Marseille,* décembre 1929, *Bulletins* 1930, page 45.

L'auteur ayant pratiqué la salpingo-ovariectomie bilatérale, termina son opération par un drainage à la Mikulicz. Il met au passif de celui-ci la persistance de la suppuration et une complication pulmonaire qui entraîna la mort de la malade.

Nous avons cru devoir discuter ces conclusions :

Certains chirurgiens considèrent comme seul efficace le drainage par en bas, le Mikulicz restant, pour ces auteurs, un procédé médiocre. M. Sicard va plus loin et le rend responsable en grande partie de la mort de son opérée.

Ceci nous paraît excessif; nous avons au contraire, l'impression que le Mikulicz est susceptible de sauver bien des situations et que, si le malade meurt quelques jours après, c'est ce mode de drainage qui lui a permis de « durer » quelques jours, et ces quelques jours de lutte peuvent souvent se terminer par la guérison.

Métrorragies homogéniques et métrorragies par dysovarie. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Marseille,* 14 février 1933, à paraître *in Bulletin.*

Parmi les métrorragies associées à des hémorragies par d'autres voies (épistaxis, hématémèses, etc...), certaines relèvent d'une hémogénie franche ou fruste. Les tests sanguins sont alors plus ou moins au complet bien que la thrombocytopénie fasse assez souvent défaut.

Parfois si aucun signe sanguin ne peut être décelé, il faudra chercher la cause de ces accidents dans un dysfonctionnement de l'ovaire. En effet, la dysovarie peut engendrer des métrorragies « isolées » par le mécanisme de la métrite hyperplasique. Ceci est bien connu. Mais elle peut aussi engendrer une « diathèse hémorragique » généralisée, très voisine par son aspect clinique de l'hémogénie. Nous en montrons ici un exemple très net où d'abondantes épistaxis alternaient ou coïncidaient avec des pertes rouges, entraînant un état d'anémie très marquée (2 millions de G. R.). Le curettage montra l'existence d'une hyperplasie considérable de la muqueuse utérine, sans signes inflammatoires à l'examen histologique. Des transfusions répétées furent pratiquées et les accidents cessèrent.

Ces cas relèvent d'une intervention soit sur les ovaires soit sur la rate, comme nous l'avons fait une fois, suivant la prédominance des signes d'altération sanguine ou des signes d'altération ovarienne. La combinaison des deux thérapeutique a déjà été pratiquée par quelques auteurs, P.-E. Weill entre autres.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Contusion rénale. (Rapport de R. PROUST). *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie,* 1931, n° 25.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que ce blessé avait une forte contracture de l'abdomen, un véritable demi-ventre de bois du côté gauche, du côté de la rupture rénale.

Comme le rapporteur l'a montré à plusieurs reprises l'hémorragie intra-péritonéale n'entraîne pas automatiquement la contracture comme la rupture d'un viscère creux. Mais, d'autre part, cette observation vient confirmer une notion qui semble bien se préciser, à savoir qu'un gros hématome rétro-péritoénal entraîne aisément la contracture de l'abdomen.

Le blessé opéré trois heures après le traumatisme a subi par voie transversale antérieure, une néphrectomie nécessitée par l'éclatement de son rein et a guéri très simplement. La voie antérieure a été employée afin de vérifier l'état des organes intra-péritonéaux dont on pouvait soupçonner la lésion à cause de la rigidité de la paroi. Elle permit à la fois la vérification de ces organes et une néphrectomie aisée.

Les kystes Wolffiens. (En collaboration avec J. SILHOL). *Archives Franco-Belges,* mai 1924.

Les kystes Wolffiens sont des tumeurs liquides que leurs caractères histologiques et leur situation en rapport avec les diverses étapes de la migration des glandes génitales permettent de rapporter à la prolifération d'un débris du corps de Wolff semé au cours de cette migration.

Il en existe deux catégories classiques : les kystes du ligament large et certains kystes des organes génitaux externes. Mais il en est d'autres qui sont moins bien connus : ceux de la région lombaire et des parois de l'abdomen. Nous en avons observé un exemple tout-à-fait rare.

Après un aperçu historique nous avons rappelé d'abord dans *l'étude pathogénique* comment toutes ces formations peuvent être rapportées à une seule et même origine : le corps de Wolff et la migration de la glande génitale tant chez la femme que chez l'homme.

Au chapitre d'*Anatomie pathologique,* nous décrivons les *caractères habituels* de ces formations kystiques :

a) *La consistance :* ce sont des tumeurs en général assez tendues, rénitentes, ne donnant pas toujours nettement la sensation de fluctuation. Nous comparerons cette consistance à celle d'un ballon de football.

b) *La paroi en général mince,* mais très résistante.

c) *L'absence du pédicule* et la présence autour de la tumeur d'un plan de clivage constitué par une mince couche de tissu cellulaire dans l'intérieur duquel ne cheminent, pour aborder la tumeur, qu'un nombre restreint de petits vaisseaux ; de la sorte, le chirurgien qui l'énuclée n'a pas à constituer et à lier, chemin faisant, des pédicules de quelques importance (Thévenot).

Toutefois, au cours de l'opération, il sera parfois possible de distinguer un point où la tumeur est un peu plus adhérente, un peu moins facile à décoller. C'est peut-être là son point de départ.

d) *Le contenu clair.* Sauf lorsqu'il est infecté, le contenu est un *liquide clair,* souvent jaunâtre. On y trouve de l'albumine, des chlorures, de la cholestérine qui se dépose en paillettes, des traces d'urée, des phosphates .

e) *Leurs rapports avec le péritoine.* — Ces tumeurs sont, au début, rétropéritonéales et complètement immobiles. Ce n'est qu'à mesure de leur développement qu'elles peuvent s'envelopper complètement de péritoine et devenir alors plus ou moins mobilisables. Il en est ainsi pour les kystes du ligament large ou du mésentère.

f) *La structure de leur paroi.* — La paroi interne est tapissée par une couche *unique* de cellules cylindriques élevées ; c'est là le type de l'épithélium wolffien. D'autres fois, on a constaté l'existence d'une couche de cellules plus basses, à noyaux volumineux. Mais le caractère pathologique indiqué par Recklinghausen dans une étude des cystadénomes de la sphère génitale est la présence d'épithélium à cils vibratiles. Toutefois, l'absence de cils ne saurait faire rejeter l'hypothèse de l'origine wolffienne, car, de l'avis de Recklinghausen lui-même, l'épithélium cilié n'est pas l'épithélium prédominant dans le corps de Wolff.

Caractères exceptionnels. — Certains caractères exceptionnels pourraient parfois les faire méconnaître, car, sous diverses influences, les caractères communs que nous avons examinés peuvent changer. Ces modifications ne sont pas essentielles ; elles ne peuvent infirmer la théorie uniciste de l'origine de ces kystes.

1° *Le volume :* Il varie depuis la tumeur à peine perceptible jusqu'à simuler un ascite énorme.

Le plus souvent, le volume est comparé à celui du poing, d'une tête d'enfant.

2° *La consistance :* A côté des cas où la tumeur est rénitente, on en trouve d'autres où la fluctuation est évidente.

3° *Le contenu :* Peut-être troublé soit par une hémorragie intrakystique, soit par l'infection. On y trouve du colibacille, du streptocoque lorsqu'il est infecté.

4° *La paroi :* En général mince, peut augmenter d'épaisseur sous l'influence de l'inflammation.

5° *La conformation intérieure :* Le kyste est rarement multiloculaire. Il y a souvent des bourrelets, des végétations intrakystiques, des saillies qui font songer à un kyste multiloculaire.

6° *La structure histologique :* L'épithélium wolffien n'est pas d'un type unique. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les examens histologiques diffèrent parfois beaucoup d'un cas à l'autre.

Cellules très basses, cellules cubiques ou cylindriques basses, cellules cylindriques hautes, cellules à mucus, cellules

ciliées, cellules caliciformes, ,épithélium plat, peuvent voisiner dans une même tumeur eu prédominer dans tel ou tel cas.

Mais les variations les plus intéressantes sont certainement celles qui nous sont fournies par l'étude du siège de ces tumeurs, dans l'organisme humain.

Division suivant le siège

Il nous paraît très simple et suffisamment exact de décrire trois sièges principaux à ces kystes.

1° Les kytes à début lombaire et à évolution antérieure : *Kystes lombo-abdominaux ;*

2° Les autres siègent sur le trajet qu'empruntent ces débris, en différents points de l'abdomen ou de la cavité pelvienne ; ce sont les *kystes abdomino-pelviens ;*

3° Enfin, ils peuvent se développer au niveau des organes génitaux externes des deux sexes. Ce sont les *kystes génitaux externes.*

I. — Kystes lombo-abdominaux

Dans ce paragraphe, nous avons fait entrer tous les kystes qui, à leur origine, se développent au niveau de la paroi abdominale postérieure dans sa partie supérieure :

a) *Kystes pararénaux :* Les cas rapportés par de nombreux auteurs ne laissent aucun doute sur l'existence possible de tumeurs pararénales d'origine wolffienne ; la communication de la tumeur avec le rein n'est pas un indice de son origine rénale, car la communication peut s'établir secondairement. Dans son rapport au Congrès de 1919, Thévenot a une conception moins élargie.

Quoi qu'il en soit, l'origine wolffienne paraît, à l'heure actuelle, répondre à la majorité des faits, mais elle est loin de pouvoir s'appliquer à tous et ce serait une grave erreur que de vouloir généraliser cette pathogénie. C'est ainsi qu'elle ne saurait expliquer les kystes communiquants avec le bassinet. Les débris wolffiens n'ont aucune connexion avec cet organe. Ces kystes wolffiens pararénaux sont en rapport intime avec le rein, le bassinet et l'uretère, mais un plan de clivage permet toujours de les en séparer. Jamais la néphrectomie ne s'impose au cours de leur ablation.

Ces kystes ont une tendance à se porter en bas, le long du trajet urétral et le péritoine pariétal postérieur les recouvre sur la plus grande partie de leur étendue, sans leur adhérer du reste et forme une membrane résistante qu'il sera facile de séparer du kyste.

Le côlon ascendant ou descendant croise les tumeurs de moyen volume en formant en avant d'elles une bande sonore caractéristique. Mais si la tumeur est de volume considérable, ou bien elle aplatit le côlon ou bien elle le refoule en dedans, et on ne trouvera plus en avant d'elle cette bande de sonorité.

Le péritoine peut être entraîné en dedans avec le côlon et l'on voit ainsi des kystes dont la face antérieure est rétropéritonéale par sa partie interne, tandis que la partie externe prend contact directement avec la paroi abdominale antérieure (Thévenot).

b) *Siège surrénal :* Les capsules surrénales par leur situation, sont en rapport très direct avec le corps de Wolff. On peut penser que certaines tumeurs de cette glande ont cette origine. De plus, il existe souvent des surrénales accessoires en rapport avec le mésonéphros et qui peuvent être subordonnées à la migration des glandes génitales (Marchand).

Elles peuvent se trouver associées à des débris wolffiens et au voisinage des glandes sexuelles au point de constituer avec eux de véritables tumeurs mixtes (Mauclaire).

c) *Siège pancréatique:* Les débris wolffiens peuvent être en rapport plus ou moins intime avec le pancréas et donner des tumeurs en connexion avec cet organe (Lockwood, Doran, de Rolleston).

d) *Siège intra mésentérique:* Lorsque ces kystes rétropéritonéaux prennent un grand développement, ils se développent dans le sens qui offre le moins de résistance. La paroi abdominale postérieure étant inextensible, c'est vers la cavité abdominales que ces tumeurs proéminent en décollant progressivement le péritoine pariétal. Si elles siègent primitivement à la base du méso, elles se développent dans l'interstice de ses feuillets; en suivant la trame conjonctive facilement décollable et en écartant progressivement ces feuillets elles peuvent acquérir souvent un volume très considérable.

A côté des kystes primitifs du mésentère et des mésoco-

lons, il faut donc faire place aux tumeurs rétro-péritonéales wolffiennes qui s'y développent secondairement (Jacquot et Fairise).

Caractères cliniques

La tumeur kystique se présente alors sous l'allure clinique d'une tumeur de siège rétropéritonéal, tendant à s'accroître en avant, refoulant au devant d'elle les mésos intestinaux qu'elle peut dédoubler, les anses intestinales grêles, ou le gros intestin.

Ces kystes se présentent primitivement sous l'aspect de tumeurs abdominales en *situation haute.* Toutefois, de par leur énorme développement, elles peuvent s'étendre vers le bas en même temps qu'en avant et simuler alors un kyste abdomino-pelvien, en situation basse.

Voici quels sont les symptômes qui nous permettront d'arriver à les diagnostiquer :

1° Ce sont des tumeurs kystiques arrondies et unies ;

2° Ce sont des tumeurs rétropéritonéales, c'est-à-dire qu'elles adhèrent en général à la paroi abdominale postérieure. Seules les tumeurs développées dans le mésentère peuvent présenter un certain degré de mobilité.

En général, elles donnent la sensation très nette de contact lombaire par leur soulèvement en masse.

Si la tumeur est petite, elle est partout sonore. Est-elle plus volumineuse, elle refoule de côté les anses grèles. Seul le côlon détermine au devant d'elle une bande de sonorité.

Si elle est plus volumineuse encore, deux éventualités : ou bien elle refoule le côlon lui-même sur sa face interne ; elle est mate partout ; ou bien elle l'écrase sur la paroi antérieure ; elle est mate partout sauf à certains moments par passage de gaz dans le côlon.

Les troubles fonctionnels se réduisent à quelques phénomènes rares de compression (uretère surtout).

Il est à peu près impossible de diagnostiquer à coup sûr ces kystes, par contre les erreurs les plus diverses peuvent être commises puisqu'on a pris pour des kystes de l'ovaire, du rein, du mésentère, et même pour des épanchements ascitiques, des kystes wolffiens.

Kystes abdominaux-pelviens

Ils peuvent siéger soit dans les parois de la cavité abdominale, soit au niveau des organes génitaux internes.

a) *Dans la fosse iliaque :* Des débris wolffiens peuvent être semés sous le péritoine de la fosse iliaque interne et donner lieu à un kyste, ou bien un kyste primitivement ligamentaire pourra, par son grand développement, venir faire saillie dans cette région.

Une observation de Ludwig Kast (*Revue de Gynécologie et Obstétrique,* 1904) en est un exemple :

On diagnostique un kyste de l'ovaire. Laparotomie. On reconnaît deux kystes : le gauche siège sur l'ovaire droit. On extirpe ensuite l'ovaire gauche. On constate qu'il reste encore un kyste immobile dans la partie droite du ventre ; son contenu est épais ; on doit faire une laparotomie latérale. On constate alors que le kyste est extra-péritonéal et on voit un prolongement dans le canal inguinal droit. La paroi du kyste était tomenteuse et tapissée par un épithélium cylindrique.

b) *Dans la paroi abdominale antérieure :* Ce siège est certainement une des plus rares. Nous en avons observé un cas absolument incontestable : le kyste du volume d'un gros ballon d'enfant siégeait au-dessous du plan musculaire et en avant du péritoine, en connexion avec la trompe droite, mais paraissant à peu près exactement médian.

Comment expliquer la présence du kyste dans la paroi abdominale antérieure ? Ici encore c'est par l'essaimage de débris wolffiens que nous l'expliquerons. Dans notre cas le ligament large droit s'insérait très haut. Au lieu de venir se continuer avec le péritoine pariétal de la face latérale de l'excavation, on le voyait venir prendre attache sur la paroi abdominale antéro-latérale de la fosse iliaque droite. L'ovaire semblait représenté par un petit épaississement plaqué contre cette paroi. Un débris wolffien a pu être entraîné dans cette région pariétale. Le kyste a pu naître par là, se développer en clivant le tissu sous-péritonéal de la paroi antérieure au lieu de dédoubler le ligament large comme cela se passe habituellement. Ce qu'il faut en retenir c'est donc qu'on peut voir, au niveau de la région hypogastrique se développer dans la paroi des kystes à contenu séreux, citrin, très semblables à un

kyste de l'ovaire mais inclus dans la paroi, au-dessous des muscles et au-dessus du péritoine. De latéraux qu'ils sont initialement, ils peuvent par développement progressif finir par paraître tout à fait médians.

c) *Au niveau des organes génitaux internes de la femme:*

A) Pour Jacquot et Fairise, certaines *tumeurs liquides ou solides de l'ovaire* ont une origine wolffienne. Nous en citons un exemple personnel :

Dysembryone kystique complexe présentant des proliférations épithéliales et kystiques correspondant aux deux premières poussées d'invagination organogénique de l'épithélium germinatif (poussée Wolffienne ou Pflügérienne) avec déviation totale de la fonction ovarienne, absence complète de follicules de Graaf réguliers et augmentation de la glande dite interstitielle.

B) *Les kystes du ligament large* développés aux dépens du parovaire ou du parophoron sont bien connus et nous n'insisterons pas ici sur leur description.

Ces kystes sont les analogues des kystes de l'épididyme chez l'homme. Leur point de départ se fait dans le parovaire de Waldeyer, l'organe de Rosenmuller et les canaux de Gartner.

C) *Les kystes du ligament rond* peuvent siéger sur la partie pelvienne de cet organe ou dans sa traversée inguinale.

Dans sa partie pelvienne, on ne peut leur appliquer les théories pathogéniques classiques (sac herniaire déshabité, hydrocèle enkystée, etc...) Chevassu leur assigne une origine wolfienne.

Caractères cliniques

Ce sont des kystes, qui, d'une part, sont accessibles par le toucher vaginal, et, d'autre part, occupent une portion plus ou moins considérable de l'abdomen.

Ils présentent trois types cliniques (les kystes wolffiens ovariens étant des découvertes histologiques et n'ayant pas d'individualité clinique).

1° *Le kyste du ligament large,* qui peut rester pelvien et réaliser le syndrôme du kyste inclus, ou bien s'élever, dans l'abdomen en se constituant un pédicule avec la partie inférieure et interne du ligament large.

2° *Le kyste latéropelvien.* Nous n'en connaissons qu'un et n'avons pas trouvé d'observation superposable à celle que nous rapportons :

Une jeune femme opérée une dizaine d'années auparavant pour salpingite bilatérale (hystérectomie sub-totale), brusquement, en décembre 1918, présente des besoins d'uriner incessants. On trouve une petite tumeur kystique perceptible dans le cul-de-sac droit sans aucune connexion avec le moignon utérin. Un examen de tout l'arbre urinaire élimine l'hypothèse d'un calcul. Cet examen complet est suivi d'une nouvelle crise urinaire ; le kyste grossit très rapidement. La situation est très pénible et la laparotomie est effectuée. Elle montre un petit bassin tout à fait régulier avec un petit moignon utérin bien mobile, mais à droite, collé contre la paroi latérale du petit bassin, dépassant par son pôle supérieur le détroi supérieur, une tumeur arrondie, lisse. Le péritoine est incisé, la poche est décollée assez facilement sur tout son pourtour. Elle présente le volume d'un gros poing et une fois enlevée, elle laisse une cavité considérable entre le péritoine et la paroi latérale du bassin.

3° *Le kyste Wolffien sous-péritonéal antérieur.* Nous n'avons retrouvé que l'observation de Helbing en 1901.

Tumeur propéritonéale se prolongeant dans la cavité de Retzius ; l'examen histologique montre un épithélium cubique libre par places reposant sur une enveloppe conjonctive. L'auteur pense à une origine Wolfienne.

Nous avons observé nous-mêmes le cas suivant que nous avons cru devoir rapporter avec quelques détails à cause de sa rareté :

Femme de 65 ans dont le ventre grossit progressivement. La paroi abdominale antérieur est soulevée dans toute la région sous-ombilicale par une volumineuse tumeur médiane symétrique, rénitente, indolore, arrondie, mate à limite supérieure convexe. Par le toucher le fond de l'utérus et les annexes ne sont pas distincts, le col est petit, dur, fermé. Examen des divers appareils : négatif.

Intervention : incision médiane sous ombilicale et libération du kyste gros comme un petit melon sans entrer dans la cavité péritonéale. Ce kyste est libéré assez facilement sauf

sur la partie antérieure du détroit supérieur. La libération s'achève, le kyste restant intact. Le péritoine est ouvert au niveau du pôle inférieur du kyste. En ce point, le pavillon de la trompe droite était collée contre le kyste et sur le péritoine pelvien se trouvait une zone tomenteuse et jaunâtre qui avait l'aspect d'un ovaire étalé. Fermeture du péritoine. Suites opératoires tout à fait simples.

Examen histologique : kyste à revêtement de cellules cylindriques, muqueuses type Wolffien. Aucune trace de tissu ovarien.

Diagnostic

La rareté de ces kystes abdomino-pelviens n'engage pas à les diagnostiquer couramment. L'on pourra y songer quand on rencontrera les caractères cliniques suivants :

Une symptomatologie urinaire qui s'explique par le point de départ Wolffien au voisinage de l'uretère. Symptomatologie contrastant avec l'intégrité de l'appareil urinaire.

Un développement rapide : dans nos deux observations un espace de trois mois a suffi entre le premier incident et le moment où l'opération s'imposait.

Une mobilité un peu restreinte.

Indépendance des mouvements de la tumeur de ceux du col utérin.

Au palper, résistance de la tumeur qui donne la sensation d'un ballon bien rempli.

On sera conduit à faire faire un examen complet de l'appareil urinaire pour ne pas méconnaître les diverticules uretéraux dont la symptomatalogie pourrait être très voisine de celle des kystes Wolffiens.

4° *Au niveau de l'orifice interne du canal inguinal.* On a souvent signalé tant chez l'homme que chez la femme des poches d'hydrocèle enkystées qui ne seraient autre que des kystes Wolffiens.

III. — Kystes génitaux externes

A. — Chez la femme :

On peut en retrouver au niveau du vagin, des petites et des grandes lèvres.

a) *Kystes du vagin.* Ces kystes se trouvent sur les parois

latérales du vagin, parfois pédiculés jusque dans le ligament large.

La genèse aux dépens des restes des canaux de Wolff est la plus généralement admise pour les kystes du vagin à revêtement cylindrique.

b) *Kystes de la vulve.* Au niveau de l'hymen : M[me] Ulesko-Straganowa a décrit un cas de kyste à revêtement épithélial cilié.

c) *Au niveau de la région péri-urétrale,* Pichevin et Weber en ont signalé un cas douteux.

d) *Dans la grande lèvre,* on peut également rencontrer des kystes Wolffiens.

Certaines hydrocèles enkystées sont des kystes Wolffiens dans lesquels l'épithélium aplati par distension a pris un aspect endothélial.

La pathogénie de ces kystes peut être comprise de deux façons :

1° Partie inférieure anormalement persistante d'un canal de Gartner ;

2° Pour Chevassu : ils se développent au dépens de débris Wolffiens entraînés dans la région inguinale, et dans la grande lèvre par le ligament inguinal du corps de Wolff, futur ligament rond.

e) *Kystes de la petite lèvre :* certains kystes à épithélium vibratile y ont été rencontrés (Forgue et Massabuau).

B. — Chez l'homme :

a) *Au niveau du cordon :* certains kystes développés dans les dépendances des voies spermatiques sont des kystes Wolffiens ayant pris naissance dans des conduits aberrants dont ils ont la structure tout au moins au début. Plus tard ils s'isolent, perdent peu à peu leurs caractères tranchés et ressemblent à une hydrocèle enkystée.

b) *Au niveau de l'épididyme :* Les kystes *uniques* résultent ainsi que l'ont montré Curling, Broca, Vautrin, d'un trouble d'évolution d'un débris de l'appareil Wolffien : vas aberrans de Haller, hydatite de Margagni, corps de Giraldes, ou bien prennent naissance dans les canalicules isolés que Follin a rencontrés au niveau de la tête de l'épididyme, dans les renflements latéraux que l'on trouve souvent sur les

canaux du rete, sur les conduits efférents, le canal épididymaire, le déférent, le vas aberans lui-même. La signature ici comme ailleurs en est donnée par la présence d'épithélium cilié.

Pronostic

Il est en général très favorable pour les raisons suivantes :

1° *Complications :* absolument exceptionnelles ;

2° Nous n'avons trouvé aucun exemple de transformation maligne ;

3° L'ablation de ces tumeurs est en général facile et elles ne récidivent jamais.

Traitement

Malgré la bénignité de leur pronostic, ces tumeurs doivent être traitées. Il y a peu de contre-indications et tous les kystes un peu volumineux relèvent du traitement chirurgical.

Les indications varient suivant le siège du kyste.

Au niveau des organes génitaux externes, l'ablation pure et simple sera toujours sans danger et toujours facile.

Pour les kystes lombaires, trois méthodes sont en présence :

L'incision simple avec ou *sans marsupialisation, l'ablation totale.*

Les deux premières ne sont que des méthodes de nécessité qui ont été autrefois très employées, mais qui semblent rarement de mise pour ces tumeurs d'ordinaire faciles à cliver.

L'ablation peut se faire par trois voies : antérieure transpéritonéale, latérale, postérieure ou lombaire. C'est aux procédés antérieurs que nous donnerons la préférence.

Pour les kystes abdomino-pelviens : le seul traitement est l'ablation et il suffit de rappeler les précautions à prendre à cause des rapports plus ou moins intimes avec l'uretère. Malgré le contact intime de la tumeur latéro-pelvienne avec les vaisseaux iliaques externes, l'extirpation ne nous a paru dangereuse à aucun moment.

TABLE DES TRAVAUX